Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 13 marca 1886. **№ 11.** Rok XXV.

I. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Mikulicza w Krakowie.

Przetoka cewki moczowéj z powodu zadzierzgnięcia. Uretrorafija. Wyleczenie.

Podał Dr. Czesław Górski,
asystent prywatny prof. Mikulicza.

Leczenie bliznowatych przetok cewki moczowéj jest do dnia dzisiejszego, śmiało rzec można, kamieniem probierczym cierpliwości chirurga i w wielu zapewne przypadkach tylko doniosłość cierpienia skłania go do podjęcia kilkakrotnych zabiegów. Przykrości przy oddawaniu moczu, utrudnienie spółkowania i zapłodnienia jako też wynikające ztąd moralne przygnębienie, oto główne powody, które dodają choremu odwagi w ciągu kilkomiesięcznego leczenia. Podczas gdy przetoki granulujące przy starannem zachowaniu czystości goją się same przez się, lub przy pomocy środków żrących, skoro tylko mocz zostaje odprowadzony cewnikiem, a cewka przy zwężeniach rozszerzoną, że wspomnę tylko o ranach po cięciu środkowém; daleko trudniéj jest osiągnąć wyleczenie w przypadkach przetok bliznowatych, w których prawie zawsze trzeba się uciekać do zabiegów operacyjnych. Trafnie też bardzo wyraża się Dieffenbach, bogaty doświadczeniem w tym względzie: „Ktoby mniemał, że usunięcie ubytku w ścianie cewki moczowéj jest drobnostką, ten sądzi jako ślepy o barwach, lub też pomyślny traf sprzyjał mu w danym przypadku“ *(Zeitschrift f. die gesam. Med. Hamburg* 1836. T. II. Str. 4*)*. Jakkolwiek właśnie pół wieku mija od chwili, gdy słowa te zostały wyrzeczone, mimo to nie zdołano usunąć rozlicznych trudności, a leczenie przetok moczowych jest jeszcze dzisiaj jedném z najtrudniejszych zadań chirurgii.

Z zebranych przez Czernego (*Archiv f. klin. Chir.* T. XXI. Str. 25) 68 przypadków, w których podjęto operacyje krwawe, obejmujących przeciąg czasu od roku 1818, kiedy A. Cooper pierwszy uleczył przetokę drogą operacyjną, aż do roku 1873, okazuje się, że 38 przypadków, więc 56%, zakończyło się wyleczeniem, w 30 przypadkach zaś, czyli 44%, stan się tylko polepszył lub pozostał taki jak przed operacyją. Przyznaje atoli sam Czerny, że przypadki te, jakkolwiek pokaźne co do liczby, nie mogą służyć za podstawę do oceny, albowiem większa ich ilośc pochodzi z okresu, kiedy ogłaszano przeważnie rezultaty dodatnie, podczas gdy przypadki niepomyślne były dla statystyki stracone. Z powyższego zestawienia wynika również, że czas leczenia, średnio biorąc, wynosił prawie ośm miesięcy, jak niemniéj, że zgojenie rany przez rychłozrost nastąpiło tylko pięć razy, zresztą przez ropienie, że wreszcie dwadzieścia cztery razy powtarzano operacyje kilkakrotnie.

W literaturze ostatniego dziesięciolecia znalazłem sześć opisanych przypadków, które podali Weir, Dittel, Clutton, Brand, Robert, Verneuil; trzej pierwsi otrzymali wynik pomyślny, w trzech razach zaś operacyja nie odniosła pożądanego skutku. Otrzymawszy od prof. Mikulicza łaskawe pozwolenie ogłoszenia przypadku operowanego przezeń w Czerwcu roku ubiegłego, czynię to chętnie w téj myśli, że właśnie w takich razach, gdzie mimo podanych rozlicznych sposobów operowania żaden z nich nie zdołał jeszcze uzyskać pierwszeństwa, tylko skrzętne notowanie każdego przypadku pozwoli zebrać późniéj obszerniejszą statystykę, a zarazem ocenić, która z podanych metod najpewniéj prowadzi do celu. Zanim opiszę przypadek, operowany przez prof. Mikulicza, pozwolę sobie w jak najkrótszym zarysie podać wyniki, jakie na tém polu dotąd otrzymano, aby tym sposobem łatwiéj wykazać myśl, która kierowała postępkiem operatora i pozwoliła mu otrzymać wynik pomyślny.

Wiadomą jest rzeczą, że bliznowate przetoki na prąciu, a o tych będę mówił w dalszym ciągu, zdarzają się o wiele rzadziéj niż na mosznach i międzykroczu. Najczęstszą ich przyczyną bywają: po pierwsze mechaniczne urazy, jak zra-

nienia, które bezpośrednio przecinają ścianę cewki, lub, zwłaszcza u dzieci nierzadko się zdarzające, zadzierganięcie (*Einschnürung)* ciałem obcém w celu onanii, jak pierścieniem metalowym lub nicią, które w następstwie sprowadza obumarcie i ubytek ściany; powtóre zapalenie ciała jamistego cewki z zejściem w ropienie i zgorzel, występujące w przebiegu rzeżączki i w strykturach. Zabiegi podejmowane w celu zagojenia przetoki dają się ująć w trzy główne grupy: przyżeganie, odświeżenie i zeszycie, uretrorafija i operacyje z przesunięciem płatów, uretroplastyka. Ostatnie dwie metody zawierają liczne poddziały. Środki żrące miały tu zastósowanie od najdawniejszego czasu, a zadaniem ich jest wytworzyć tkankę ziarninową. Z góry atoli twierdzić można, że uleczenie za pomocą przyżegania da się osiągnąć tylko tam, gdzie ubytek ściany, albo względnie otwór cewki, jest nieznaczny, a zbliznowacenie niedaleko posunięte. W przetokach ropiejących, jak również i tam, gdzie po operacyi krwawéj w części tylko nastąpiła *prima intentio,* dalsze zaś gojenie odbywa się przez granulacyje, lub gdzie została przetoka włosowata, zastosowanie środka żrącego ma bardzo ważne znaczenie.

W 68 przypadkach Czernego i 6 zebranych przezemnie wykonano odświeżenie i zeszycie 42, operacyje zaś plastyczne 32 razy i osiągnięto wyleczenie pierwszym sposobem 18 razy, drugim 23 razy. Z tego porównania zdawałoby się wynikać, że operacyje plastyczne lepsze dają wyniki aniżeli uretrorafija. I pod tym jednak względem cyfry te nie mogą dać należytéj wskazówki. Czytając uważnie historyje chorób, w wielu razach bardzo pobieżne, zauważyłem, że prawie wszędzie, gdzie odświeżenie i zeszycie nie doprowadziło do celu, wykonano operacyję tylko raz jeden, podczas gdy operacyje plastyczne w razie niepomyślnego rezultatu powtarzano dwa, trzy a nawet dziewięć razy, aż w końcu osiągnięto wyleczenie. Uderza nas dalej fakt, że niemal w każdym przypadku operator był zarazem eksperymentatorem i każdy według własnéj operował metody. Główne różnice odnoszą się do kierunku spojenia rany, poprzecznego lub podłużnego, dodania jednego lub dwóch cięć zwalniających, wreszcie do ilości płatów, które starano się otrzymać ze skóry prącia, napletka, moszen lub okolicy pachwinowéj. Rezultatem tych wszystkich usiłowań jest to, że w obec szczupłego materyjału żadna metoda nie zdołała uzyskać pierwszeństwa, że wreszcie nie można ściśle podać wskazania, kiedy da się jeszcze wykonać uretrorafija, kiedy zaś trzeba się uciec do operacyi plastycznéj. Wprawdzie niektórzy autorowie oświadczają się za jedną lub drugą operacyją, i tak: Tillaux poleca uretroplastykę, Verneuil zaś nawet w razach znaczniejszego ubytku przenosi nad nią spojenie i zeszycie, sądzę jednakże, że zdania takie wypowiedziane ogólnikowo nie przynoszą wielkiego pożytku, że raczéj umiejscowienie i rozległość przetoki w danym przypadku muszą wskazać operatorowi, którym z tych dwóch sposobów łatwiéj da się osiągnąć wyleczenie, a liczniejsze dopiero doświadczenia pozwolą może i w tym kierunku pewniejsze podać wskazówki.

Główną przeszkodą w gojeniu się ran cewki moczowéj jest, jak wiadomo, szkodliwy wpływ moczu, który tak mechanicznie jak i chemicznie drażni zespojoną ranę i niweczy świeżo wytworzone zrosty. Wpływu tego obawiali się wszyscy operatorowie i głównèm ich zadaniem było powstrzymać dopływ moczu do rany. Starano się osiągnąć to w rozmaity sposób w miarę, jak który z nich okazał się niedostatecznym, a zwłaszcza, jak zmieniało się mniemanie o wpływie moczu na gojenie ran. Już Cooper chciał osiągnąć to zadanie przez założenie kateteru *à demeure* i licznych znalazł naśladowców. Doświadczenie atoli wykazało wkrótce, że ten sposób nie tylko nie jest pewnym, ale nadto często niebezpiecznym. Spostrzeżenie, że przy obecności dwóch przetok odśrodkowa łatwo się goi, skoro odprowadza się mocz dośrodkową, którąto okoliczność kilkakrotnie z pomyślnym skutkiem zużytkowano, nasunęło Segalasowi myśl, aby przez prowizoryczne otwarcie cewki moczowéj na międzykroczu usunąć dopływ moczu do rany i tym sposobem polepszyć warunki gojenia. Myśl tę podał już był Dieffenbach (*Chirurg. Erfahrungen.* 1829 Str. 101). przeszła ona jednak niespostrzeżenie i dopiero, gdy Ségalas dwa bardzo znaczne ubytki usunął, poszli za jego przykładem inni, jak Ricord, Goyrand, Sédillot, Stromeyer. Znaleźli się również i przeciwnicy, którzy nie uznając téj metody za pewną i dosyć bezpieczną, polecają inne. Odrzuca ją Dittel (*Deutsche Chirurg.* T. 49. Str. 240), polecając natomiast wysokie przekłucie pęcherza i założenie podanego przez siebie przyrządu (*Ibid.* Str. 185) w celu odprowadzenia moczu bezpośrednio z pęcherza. Tillaux (*Bull. et mem. de la Soc. de chir. de Paris* T. X, p. 954), omawiając terapeutyczne zabiegi w leczeniu przetok, twierdzi, że głównym powodem ujemnych wyników jest ropienie, wywołane pozostawieniem cewnika przez czas dłuższy, jak również szkodliwy wpływ moczu dostającego się do rany. Zarzuca on polecane cięcie na międzykroczu, jako sposób, zdaniem jego, rzecz niepotrzebnie wikłający, a zaleca wykonywać dwa razy dziennie punkcyję pęcherza, albowiem tylko to postępowanie uważa za zupełnie nieszkodliwe.

Pemberton wreszcie przemawia nawet za punkcyją pęcherza wykonaną przez odbytnicę. Tak więc i w tym kierunku zapatrywania są jeszcze bardzo odmienne. Pozostawiając sobie wypowiedzenie kilku moich uwag w tym przedmiocie do rozbioru przypadku operowanego przez prof. Mikulicza przystępuję do opisu tegóż.

Salomon Rosenfeld, lat 12 liczący, z Tarnowa. W czwartym roku życia miała mu służąca zacisnąć nicią cewkę moczową, aby tym sposobem odzwyczaić dziecko od nocnego moczenia. Gdy stan dnia następnego został odkryty, członek był mocno obrzmiały i zaczerwieniony a nitka głęboko wciśniętą. Powstała rana, przez którą w kilka dni późniéj począł odpływać mocz, a stan ten utrzymuje się do téj chwili, przyczém chłopiec cieszy się zresztą zupełném zdrowiem. Badanie wykazuje, że prącie zostało przecięte tuż po za żołędzią w kierunku poprzecznym tak głęboko, że cewka moczowa razem z ciałem jamistém téjże została w całości oddzieloną, a żołądź wisi, jakby na szypułce, na ciałach jamistych prącia. W skutek zbliznowacenia i zaciągnięcia przeciętych powierzchni, oddalenie obu odcinków cewki wynosi przeszło pół centymetra. Przez obie części cewki moczowéj daje się przeprowadzić kateter Nr. 8 Char. Przy oddawaniu moczu cała jego ilość odpływa otworem nieprawidłowym. Mocz zupełnie prawidłowy oddziaływa kwaśno. (Dok. nast.).

II. O szparze środkowéj oka.

Podał Dr. **Konrad Rumszewicz,**
okulista okręgowy w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Wzajemny stosunek błon oka w obrębie szpary możemy, za przykładem Remaka, uznać trojaki: 1) W okolicy szpary

znajdujemy zupełny brak naczyniówki, nie mówiąc o resztkach jéj w postaci kropek barwikowych, które zresztą należeć mogły zarówno do naczyniówki, jak do błony ciséj (przypadki Streatfeilda, Talki, Montméi, Schweiggera, 2-gi przypadek Weckera, 4-ty Schnabla, 2-gi Meyera i 2-gi mój.). O ile przechowała się w tych przypadkach siatkówka, trudno stanowczo orzec, z powodu iż sprawność siatkówki często zbyt niedokładnie zbadaną była. Prawdopodobnie widzenia naośnego właściwie nie mieliśmy wcale, wyjątek stanowi chyba przypadek Montméi (w którym wzrok był prawidłowy), lecz jestto przypadek *sui generis*, nadto szpara zajmowała tu tylko część plamy żółtéj. 2) W drugim szeregu przypadków naczyniówka i siatkówka lepiéj były zachowane, znajdowały się naczynia, znaczniejsza ilość barwika, nadto tkanka szarawa, która wyraźnie występowała na tle lśniącém, w skutek odbicia się światła od białkówki (przypadki Hirschberga, Schnabla, 1, 2, 3 i 5, Fuchsa, 1-szy przyp. Meyera i Remaka). W moim pierwszym przypadku, jakkolwiek w obrębie szpary nie było wcale naczyń siatkówki, ani téż spostrzeganéj w innych przypadkach błony szarawéj, jednakże porównanie wykazanéj zapomocą perymetru przerwy środkowéj z obrazem wziernikowym szpary wyraźnie dowodzi, iż przerwa stosunkowo o wiele była mniejsza, czyli że nieczuła siatkówka w obrębie szpary położona niewrażliwą była na światło. To samo znalazł Remak. 3) Wreszcie w ostatnim szeregu przypadków (Reicha, Schmidt Rimplera, Weckera) pomimo że naczyń naczyniówki wcale nie było, a pozostawała li tylko nieznaczna ilość barwika, w obrębie szpary siatkówka o wiele lepiéj zachowaną była, tak iż wzrok był prawidłowy, lub téż co najwięcéj mieliśmy względną przerwę środkową (*scotoma relativum*).

Jakiż jest powód powstawania opisanych zmian? Schweigger, którego przypadek zupełnie jest do innych zbliżony, wspomina o nim tylko nawiasem mówiąc o zmianach właściwych krótkowidzeniu. Streatfeild bynajmniej nie tłumaczy przypadku swego, jakkolwiek uznaje go za „szczególny.“ U dorosłych dobrze jest znaném cierpienie, w którém jest dotknięta li tylko okolica plamy żółtéj, mianowicie środkowe zapalenie naczyniówki i siatkówki (*chorio-retinitis centralis*). Trudno zaprzeczyć, iż zmiany opisane mają z cierpieniem tém pewne cechy wspólne, chociaż znowu znacznie się różnią. Tak w zapaleniu środkowém, w początkowym okresie ognisko zajęte przedstawia się w postaci wypukłości barwy czerwonawéj lub żółtéj, pokrytéj prawidłową siatkówką. Późniéj ognisko zapalne płowieje, bliżéj brzegów spostrzegamy znaczną ilośc barwika, brzegi zaś same stają się zębowatemi, jednocześnie powstaje wielka ilość naczyń. Następnie mamy białą plamę zanikową z odosobnionemi plamkami barwika i odosobnionemi naczyniami naczyniówki, jednocześnie plama z wypukłéj staje się zagłębioną. Często bardzo w miejscu jednego ogniska zapalnego powstaje kilka osobnych, które łączą się późniéj ze sobą. Cechujące są nadto skargi chorych, powstające w skutek widzenia przedmiotów w postaci spaczonéj, tudzież dodatniéj lub ujemnéj przerwy w polu widzenia.

Oczywiście ani zjawiska podmiotowe, ani téż przedmiotowe dane nie odpowiadają zmianom spostrzeganym w całym przytoczonym wyżéj szeregu przypadków. Z tych pierwsze pięć zebrał Manz i w pracy swéj o potwornościach oka ludzkiego (*Handbuch d. gesammt. Augenheilk. v. Graefe u. Saemisch*, tom II, str. 74) uznał w nich szparę plamy żółtéj. Schmidt-Rimpler, mając już przed sobą większą liczbę spostrzeżeń (l. c.), wypowiada zdanie, iż niektóre przypadki, opisane jako szpary plamy żółtéj, tłumaczyć możemy jako nabyte stany chorobowe. Prawdziwą szparę rozwojową uznaje on tylko w przypadkach Montméi, 1ym Weckera, Reicha, Hirschberga, Schnabla i wreszcie w swoim. Nawet w przypadku Schnabla resztki naczyń dają mu cokolwiek do myślenia, ponieważ jest zdania, iż w przypadkach szpary typowe naczynia naczyniówki zwykle nie dają się spostrzegać. Ze zdaniem jego jednakże nie podobna się zgodzić, z powodu iż: 1) zmiany przedmiotowe we wszystkich przypadkach spostrzegane znacznie różnią się od zwykłych chorobowych, 2) przypuszczeniu takiemu zaprzeczają wywiady, tudzież badania sprawności siatkówki. W każdym jednak razie uwagi Schmidt Rimplera zachęcić mogą każdego do większéj ostrożności w rozpoznawaniu szpary środkowéj, słusznie np. wskazuje on błąd, jaki popełnił Jodko (Sprawozdanie z Instytutu oftalmicznego w Warszawie, 1870) opisując jako szparę środkowe zapalenie naczyniówki. Jeśli zaś takie błędy są możebne, tém łatwiéj jeszcze uznać szparę w przypadkach spraw zapalnych powstających w pewnym ograniczonym obrębie tylnych tętnic rzęskowych. Niedawno np. widziałem następujący przypadek:

N. K., 21-letni mężczyzna, zdrowéj i prawidłowéj budowy. W lewém oku nadmiarowość 1,5D., wzrok zupełnie prawidłowy, żadnych zmian chorobowych. Prawe oko nie dowidzi, znaczny zez zbieżny, z trudnością poznaje palce w odległości 1'. Pole widzenia ścieśnione dośrodkowo, nadto zaś w pobliżu punktu naocznie widzianego znajdują się jeszcze nieprawidłowe przerwy. Tarcza nerwu wzrokowego zupełnie blada; dokoła niéj w stronie skroniowéj spostrzegamy jakby potrójny półpierścień, przez plamki barwikowe utworzony; ku zewnątrz i ku dołowi od tarczy w odległości od téjże o $^1/_2$ średnicy całą okolicę plamy żółtéj zajmuje nieprawidłowy czworobok, raczéj owal, mający brzegi nierówne i zębowate; pośrodku w kierunku południkowym przechodzi naczynie naczyniówkowe. Cały czworobok zawiera wiele barwika i znacznie jest zagłębiony. W okolicy tarczy niedomiarowość 2,75D., w środku zaś plamy, przy badaniu naczynia —4D. Naczyń siatkówki w obrębie plamy nie spostrzegamy. Ku zewnątrz i ku dołowi w naczyniówce znajdują się jeszcze dwie niewielkie plamy zanikowe, pozostałe części dna oka są prawidłowe, tylko w pasemku tkanki naczyniówkowéj położonéj pomiędzy tarczą a wielką plamą również spostrzegamy znaczne zmiany barwika. O cierpieniu swém chory nie wiele umiał powiedzieć, rodzice zaś jego stanowczo upewniają, iż wzrok utracił w 7ym roku życia po przebytéj ospie.

W przypadku tym mamy co prawda dość znaczne zagłębienie, lecz natomiast wyraźne ślady sprawy zapalnéj dokoła tarczy i wyraźne w niéj zmiany zanikowe, nierówne brzegi plamy i zmiany w naczyniówce w pobliżu plamy spostrzegane dowodzą sprawy zapalnéj w okolicy tylnego bieguna powstałéj, w obrębie rozgałęzienia pewnego pocztu tylnych naczyń rzęskowych, prawdopodobnie jeszcze w wieku dziecięcym. Ze względu zaś na wyraźne dowody sprawy zapalnéj, w przypadkach tego rodzaju nie podobna uznać szpary rozwojowéj. Przeciwnie w całym szeregu przytoczonych przypadków (22) zmiany spostrzegane bynajmniéj nie miały cechy zmian zapalnych, dla tegotéż uznać w nich wypada wady rozwojowe. Chcąc znowu zdać sobie sprawę, w jaki téż sposób powstać może szpara w obrębie plamy żółtéj, przedewszystkiém zwrócić należy uwagę na embryjologię plamy żółtéj.

Otóż o rozwoju jéj pierwszą wzmiankę znajdujemy

u Huschkego. W dziele *De pectine avium* (1827 Progr. § 27, patrz także *Eingeweidelehre*, str. 725), mówi on, iż w okolicy jéj u zapłodków znajduje się otwór, stanowiący resztkę początkowéj szpary ocznéj, u dorosłych zaś siatkówka w miejscu tém jest tylko znacznie cieńszą. To samo znaleźli Baier (1828) i Stark (1835). Natomiast Brücke *(Anat. Beschreibung d. menschlichen Augapfels.* Berlin, 1847) i Schöler *(De oculi evolutione in embryonibus gallin.* Dorpat, 1848) pierwsi zwrócili uwagę na okoliczność, iż plama żółta znajduje się w części skroniowéj, szpara zaś oczna w dolnym i wewnętrznym wycinku oka. Następnie, jakkolwiek niektórzy badacze u 8- a nawet u 4-miesięcznych zapłodków ludzkich spostrzegali w okolicy plamy żółtéj żółtawe zabarwienie i zagłębienie, nadto chociaż bezwątpienia pośmiertne, lecz dziwnie stałe i jednostajne powstawanie fałdu w okolicy plamy żółtéj, Kölliker jednakże *(Entwickelungsgeschichte,* 1879, str. 684) stanowczo twierdzi, „iż u zapłodków ludzkich plama żółta nie istnieje, nie daje się nawet spostrzegać u noworodków". Niezważając jednak na to Manz (*Graefe u. Saemisch* tom II), w celu wytłumaczenia cienkości siatkówki, jako téż kierunku włókien nerwowych i naczyń w okolicy plamy żółtéj, nie waha się przypuszczać, iż sama plama żółta powstaje w obrębie szpary ocznéj. Mianowicie, zdaniem jego, zajmuje ona górną część téjże, część zaś ta w ten jakoby sposób ma powstawać, iż szypułka następczego pęcherzyka ocznego początkowo tylko ogranicza szparę ku górze, późniéj zaś szpara daléj się posuwa, w skutek czego powstały z szypułki nerw wzrokowy nie stanowi już więcéj granicy szpary (ku tyłowi lub ku górze). Prócz Manza istnienie téj długiéj szpary przypuszczali również Stark, Reich, a wreszcie Van-Duyse. Jeśli zaś szpara tak daleko jest ku górze posunięta, nadto w dalszym ciągu rozwoju gałka oczna okręca się dokoła osi (*Ibid.* str. 83), zdawałoby się, iż przez to samo łatwo da się wytłumaczyć rozwój plamy żółtéj w obrębie szpary ocznéj.

Tak tłumaczy rzecz Manz; Kölliker (l. c.), dla którego tłumaczenie takie widocznie jest ponętném, słuszną przecież czyni uwagę, iż dotąd nikt jeszcze nie zbadał stopniowego rozwoju plamy żółtéj, co do którego nietylko żadnych nie znamy szczegółów, lecz nawet nie wiemy kiedy następuje. Toż samo prawie wypowiada Schwalbe w swéj *Anatomie der Sinnesorgane* (1 Lief., str. 114, 1883).

Nadto przypuszczeniu Manza zaprzeczają następujące fakta: 1) Manz utrzymuje, że plama powinna powstawać w obrębie szpary ocznéj, wypadałoby zatém, iż u człowieka przed 7 tygodniami, ponieważ wiemy, że do tego czasu szpara oczna zarasta, u ptaków zaś, przed końcem 9go dnia, gdyż według badań Mihalkovicza szparę u nich w końcu 8go dnia zupełnie już zapełniają włókna nerwu wzrokowego.

2) Wiemy, że w obrębie dołka środkowego siatkówkę stanowi wyłącznie prawie warstwa pręcików i czopków, z tą tylko różnicą, iż pręciki znikają, miejsce zaś ich zastępują li tylko same czopki; wiemy wszakże z prac Babuchina i M. Schultzego, iż rozwój warstwy téj stanowi jakby epilog rozwoju siatkówki, odgrywający się nadto zaledwie w końcu życia śródmacicznego, u zwierząt zaś rodzących się ciemnemi dopiero po urodzeniu.

3) H. Müller dowiódł, iż u ptaków i u płazów znajdują się pięknie zbudowane plamy żółte, jednakże tu okolicę zapłodkową szpary ocznéj, oznacza raz na zawsze powstający w jéj obrębie grzebień *(pecten).* Według teoryi Manza u tych gatunków oba utwory winnibyśmy znajdować ledwo nie w jedném i tém samém miejscu.

4) Manz utrzymuje, iż jeśli początkowo tylny (górny) kres szpary ocznéj utworzony jest przez szypułkę pęcherzyka ocznego, nie dowodzi to jeszcze, aby następnie kres ten koniecznie miał stanowić powstający z szypułki nerw wzrokowy. Manz utrzymuje, iż jest wręcz przeciwnie, ponieważ szypułka stanowczo i nieodmiennie odgranicza ku tyłowi szparę i następnie znów całkowicie, że tak powiem, zużywa się na rozwój nerwu wzrokowego, stanowiąc co najmniéj trakt do wędrówki (His) odśrodkowéj włókien nerwowych, wreszcie téj części nadszypułkowéj szpary dotychczas nikt z nas jeszcze nie widział, jedynego zaś własnego spostrzeżenia Manza o dokładność nikt chyba nie posądzi.

5) Hirschberg (l. c., str. 189) słuszną robi uwagę, iż „dla wytłumaczenia" (powstawania) „środkowéj szpary w siatkówce bynajmniéj nie jest niezbędném przypuszczenie okręcania się gałki" (dokoła osi) u zapłodka. Ponieważ w pewnym wczesnym okresie miejsce geometryczne plamy żółtéj zawsze znajduje się w obrębie szpary ocznéj, pozostaje przeto tylko przypuścić, iż przy zakryciu przedniéj części szpary w tylnéj jéj części, brzeg wewnętrzny siatkówki, zwrócony ku nerwowi wzrokowemu, wyrasta szybciéj, w skutek czego powstaje właśnie przerwa w środkowéj części siatkówki.

6) Schmidt-Rimpler zaprzeczając, jakoby niezupełne zamknięcie szpary wywołać mogło powstanie szpary środkowéj u dorosłych, zwraca uwagę na okoliczność, że w takim razie szpara miałaby nadzwyczajne wymiary, mianowicie w jego przypadku musiałaby jakoby równać się 16,7mm., w przypadku zaś pierwszym Schnabla 19,5mm. Wszakże trudno brać zarzut ten na seryjo, z powodu, iż dotąd żadnych nie mamy danych na korzyść jednostajnego rozwoju wszystkich części składowych gałki. (Dok. nast.).

III. O objawie wypukowym Wintricha.

Napisał Dr. Smoleński.

Jak wiadomo, pierwszy Wintrich podał pewną swoistą cechę odgłosu wypukowego nad jamami płucnemi, t. j. fakt, że odgłos bębenkowy przy otwartych ustach staje się wyższym niż przy zamkniętych. Stwierdzenie objawu tego dowodzi prawie bezwzględnie istnienia jamy w płucach (z nader rzadkiemi wyjątkami), gdy brak jego bynajmniéj nie wyklucza jamy płucnéj.

Aby stwierdzić istnienie objawu Wintricha, postępujemy, tak uczą wszystkie podręczniki dyjagnostyczne, zwykle w sposób następujący: Opukując miejsce podejrzane wzywamy chorego, aby usta to otwierał, to zamykał i staramy się przytém oznaczyć, czy otwieranie ust podwyższa odgłos wypukowy, czy nie.

Otóż chciałbym zwrócić uwagę na okoliczność, że przy takiém badaniu brak podwyższania odgłosu może zależeć od zaniedbania pewnych warunków, które otwieraniu ust towarzyszyć powinny.

Wiadomo bowiem, iż koniecznym warunkiem podwyższania się odgłosu wypukowego nad jamą płucną jest współdrganie powietrza jamy ustnéj: wtenczas tylko odgłos wypukowy może stawać się wyższym, jeżeli powstałe przez opukiwanie fale powietrza jamy płucnéj wzmocnią się przez odbrzmiewanie jamy ustnéj. Owo podwyższenie będzie tém znaczniejsze, im wyższy jest równocześnie ton jamie ustnéj właściwy, t. j. przez drganie zawartego w niéj powietrza powstający. Aby odbrzmiewanie to mogło nastąpić, niezbę-

dnym warunkiem jest wolna komunikacyja między opukiwaną jamą płucną a ustną; wtenczas bowiem tylko fale powietrza jamy płucnéj mogą przenosić się na powietrze spółknjącego z jamą oskrzela, tchawicy, krtani, gardła i jamy ustnéj. Ilekroć i gdziekolwiek komunikacyja ta będzie przerwaną, nie ma warunków do powstawania objawu Wintricha.

Rzecz ta rozumie się sama przez się, a przecież nie zwraca się na to dostateczněj uwagi.

Czyż choćby najszersze otwarcie ust daje nam zawsze rękojmię, że owa konieczna komunikacyja jest wolną i nieprzerwaną? Bynajmniéj.

Najprzód bowiem chory otwarłszy nawet usta może równocześnie powstrzymać oddech i przerwać komunikacyję między jamą płucną a ustną w wieloraki sposób: zamykając szparę głosową, zamykając głośnię nagłośnią i nareszcie zamykając bramę podniebienną (kurcz łuków podniebienio-językowych i przyleganie przez to przednich łuków podniebiennych do nasady języka). O współdrganiu powietrza w jamie ustnéj (choć otwartéj) mowy być nie może, nie może więc powstać i objaw Wintricha.

O tém przekonać się łatwo. Jeżeli opukujemy krtań lub tchawicę w rozmaitych warunkach, to odgłos wypukowy tylko wtenczas podwyższa się skutkiem otwarcia ust, jeżeli równocześnie otwierać się będzie głośnia i jama podniebienna, w przeciwnym razie odgłos się nie zmienia. Takie same stosunki mogą istnieć podczas opukiwania jamy płucnéj.

Przypuśćmy jednak, że podczas badania każemy choremu oddychać; przez to zapobiegamy na pewno zamknięciu głośni, ale przestroga ta bynajmniéj jeszcze nie wystarcza, bo chory może, mimo otwartych ust, oddychać nosem, zamykając równocześnie bramę podniebienną, a tém samém znów przerwać komunikacyję między jamą płucną a ustną i znów uniemożebnić powstawanie objawu Wintricha.

Aby na pewno uniknąć tych wszystkich zawad, możnaby choremu podczas badania zatkać nos i kazać mu szeroko otwartemi ustami oddychać; w takim razie wolna komunikacyja między jamą płucną a ustną byłaby z pewnością utrzymaną. Gdy jednak wiadomo, o czém łatwo się także przekonać przez opukiwanie krtani lub tchawicy, że odbrzmiewanie jam nosowych przyczynia się również do podwyższania odgłosu wypukowego nad jamą płucną a zamknięcie nosa odgłos ten obniża, zatém i ten zabieg nie odpowiada celowi.

Już Gerhardt zwrócił uwagę na to, że odgłos wypukowy krtani zmienia się według tego, czy głośnia jest otwarta, czy zamknięta: w pierwszym razie odgłos bębenkowy jest wyższy i głośniejszy, w drugim niższy i tępszy. Zmiana ta pochodzi od zamknięcia głośni przez nagłośnię, struny głosowe górne i dolne. Zarazem dodaje Gerhardt, „że zamknięcie głośni przez same tylko struny głosowe prawdziwe, jak np. podczas wymawiania samogłosek *(a, e)*, nie wywiera żadnego wpływu na wysokość odgłosu wypukowego krtani“. Gdyby tak się rzecz miała, możnaby w celu wywołania objawu Wintricha podczas badania kazać choremu wymawiać *a* lub *e* z szeroko otwartemi usty. Przekonać się jednak można, że spostrzeżenie Gerhardta nie zupełnie zgadza się z rzeczywistością. Opukując krtań naprzemian to podczas swobodnego wydechu, to znów podczas wymawiania powyższych samogłosek, nie trudno stwierdzić, że i tu w ostatnim razie odgłos wyraźnie się obniża. Pochodzi to ztąd, że przytém nie powstaje wprawdzie „zamknięcie głośni“, ale przecież chrząstki nalewkowe razem ze strunami głosowemi zbliżają się do siebie, wąziutką tylko tworząc szparę głosową, gdy przeciwnie podczas swobodnego wydechu między strunami głosowemi daleko większa istnieje przestrzeń oddechowa. Równoczesne wymawianie samogłosek i z téj przyczyny nie nadaje się do stwierdzenia objawu Wintricha, ponieważ podwyższenie odgłosu najwybitniéj występuje nie tyle podczas wydechu, ile podczas głębokiego wdechu. Pochodzi to głównie od zwiększonego podczas wdechu napięcia ścian jamypłucnéj a prawdopodobnie przyczynia się do tego i ten wzgląd, że podczas głębokiego wdechu brama podniebienna przez obniżenie nasady języka najbardziéj rozszerza się a zarazem przez znaczniejsze niż przy wydechu rozstąpienie się chrząstek nalewkowych powstaje obszerna przestrzeń oddechowa między strunami głosowemi. To może ułatwiać przenoszenie się fal powietrza z jamy płucnéj do jamy ustnéj.

Najkorzystniejsze warunki do powstawania objawu Wintricha będziemy mieć wówczas, gdy opukiwać będziemy naprzemian to przy zamkniętych ustach, to znów przy otwartych, jeżeli w tym ostatnim razie jama płucna komunikować będzie tak z otwartą jamą ustną, jak i z otwartemi jamami nosowemi, przy równocześnie możebnie szeroko rozwartéj głośni. Mojém zdaniem warunki te istnieją wtenczas, gdy choremu podczas opukiwania każemy to zamykać usta, to znów głęboko oddychać (szczególnie wdychać) z otwartemi ustami a równocześnie wymawiać ciche, ale dla badającego dosłyszalne *„ha“*. W takim razie i gardło i jamy nosowe i głośnia muszą być otwarte i zabezpieczają wolną komunikacyję między jamą płucną a ustną (rozumie się, jeżeli komunikacyja ta nie jest przerwaną w inny sposób, np. przez zatkanie oskrzeli itp.) Owo *„ha“* najmniéj ścieśnia przestrzeń oddechową a przytém daje się bez przerwy wymawiać tak podczas wydechu, jako i podczas wdechu; prócz tego pozwala badającemu łatwo kontrolować zachowanie się głośni; bez słyszalnego wymawiania *„ha“* chory mógłby na szczycie np. głębokiego wdechu zamknąć naraz głośnię i uniemożebnić lub utrudnić wyraźne podwyższenie się odgłosu wypukowego mimo ust szeroko otwartych.

Notatkę tę polecam uwadze szanownych kolegów.

IV. Przyczynki do nerwic narządu moczo-płciowego.

Skreślił **Dr. B. Skórczewski**
lekarz zdrojowy w Krynicy.

IV. Powiększanie się obrzęku śledziony wędrującéj podczas miesiączkowania.

Przypadek, który tutaj zamierzam opisać, wydaje mi się zajmującym z tego powodu, że znacznych rozmiarów obrzęk śledziony, oraz jéj obsunięcie się z właściwego położenia pochodziły nie ze zwykłéj przyczyny, za jaką uważamy zakażenie malaryjne, lecz tak jego rozwój jak też wzrastanie zależały od czynności w narządzie rodnym.

W roku 1881 badałem kobietę zamężną, 26 lat liczącą, bardzo niedokrewną i zdenerwowaną, nie źle jednak odżywioną a dobrze zbudowaną. Chora opowiadała, że przed czterema laty odbyła dosyć ciężki poród, po którym uczuła ból w podżebrzu lewém, a w pewien czas późniéj spostrzegła guz w brzuchu. Ten guz wzrósł bardzo szybko, w paru

dniach do dzisiejszéj wielkości. Przeprowadzała ona rozmaite kuracyje, ale wszystkie były bezskuteczne oprócz jednéj w Warszawie przed dwoma laty, pod wpływem której guz ten bardzo zmalał, ale znowu nagle wzrósł do dawnéj wielkości za pojawieniem się miesiączki. Ta zawsze u niéj bywa bardzo obfitą i w czasie takowéj chora leży przez 3—4 dni, gdyż tak jéj lekarze polecili, pomimo że nie znaleźli żadnych zboczeń chorobowych w narządzie rodnym. Chora mieszka w okolicy zdrowéj, wolnéj od zimnicy, mieszkanie ma suche, słoneczne, obszerne, warunki bytu dostatnie, nie ma żadnych kłopotów ani zmartwień a córeczka jéj chowa się zupełnie zdrowo.

Przy badaniu nie znalazłem w ustroju żadnych innych zmian chorobowych prócz wielkiego guza wypełniającego niemal całą jamę brzuszną. Kształt jego zbliżał się do elipsy, któréj oś dłuższa leżała w linii poprzecznéj brzucha mniéj lub więcéj w połowie między łukiem żebrowym a grzebieniem kości biodrowéj, oś zaś krótsza leżała w linii białéj. Dawał on się przesuwać, o ile nie napotykał oporu w ścianach jamy brzusznéj. Szczególniéj w kierunku ku górze można go było na całą dłoń odsunąć od spojenia łonowego a wtedy skręcał się ku podżebrzu lewemu, ku dołowi zaś wcale go nie można było zesunąć. Twardość jego była sprężystą, powierzchnia zupełnie gładką, brzegi gładkie i grube, lecz przy brzegach grubość guza była mniejszą, a zwiększyła się ku środkowi. Pewną nierówność, zagłębienie, wyczuwać można było tylko w górze po lewéj stronie w pobliżu linii białéj.

Drobnowidowe badanie krwi uskuteczniałem kilkakrotnie w ciągu leczenia, lecz nie spostrzegłem żadnych wybitniejszych zmian, jedynie iż nieco więcéj było ciałek białych w stosunku do czerwonych niż prawidłowo, ale ta różnica była bardzo nieznaczną. W moczu przy pierwszém badaniu nie znalazłem żadnych ciał nieprawidłowych, prócz bardzo nielicznych ciałek białych w osadzie, podczas gdy w tydzień późniéj w moczu było dużo białka a również nieliczne ciałka białe. Przy następnych badaniach raz jeszcze znalazłem białko a zresztą mocz bywał prawidłowy.

Po pierwszém badaniu nie byłem wcale pewnym co do przyrody tego guza, najwięcéj jednak prawdopodobném wydawało mi się, że była to bardzo powiększona śledziona wędrująca.

Ponieważ chora prócz rozmaitych leków dużo i długo używała chininu i arsenu, a działanie tych leków nie dawało dodatnich wyników, ograniczyłem się przeto do środków zdrojowo kąpielowych i do elektryczności. Po pierwszém zastosowaniu prądu przerywanego widocznem było zmniejszenie się guza i chora czuła znacznie mniejszy jego ciężar. Podobny był skutek 4 następnych posiedzeń, a wtedy chora musiała o kilka cm. skrócić opaskę brzuszną, jaką nosiła od pierwszego roku swéj choroby. Jak znacznie był wtedy ten guz mniejszym, najlepiéj przekonać się mogłem śród przesuwania go, gdyż łatwo chował się w górę pod łuk żebrowy, a tylko dolny jego koniec wystawał poniżéj pępka. W dalszym jednak ciągu prąd przerywany nie działał, guz się nie zmniejszał, dla tego zastosowałem prąd stały, a pod jego wpływem guz stawał się coraz mniejszym. Przy tém ogólny stan zdrowia znacznie się poprawił; chora szybko odzyskała siły, a również szybko ustępowała niedokrewność.

Z początkiem czwartego tygodnia kuracyi guz tak zmalał, że śród przesuwania go w górę chował się zupełnie pod lewy łuk żebrowy, a występował tylko z pod niego na szerokość dłoni przy linii przymostkowéj lewéj, którejto linii nie przekraczał na zewnątrz. Przytém stał on się znacznie cieńszym, również cieńsze a zupełnie gładkie miał brzegi prócz wrębu, wnęki, w górze na lewo, gładką też była cała jego powierzchnia.

Po tém badaniu nie widziałem choréj przez cztery dni, gdyż leżała w łóżku z powodu miesiączki, która przebiegała tak samo jak poprzednie. Piątego dnia badając chorą przekonałem się, że guz przez ten czas wzrósł do téj wielkości, jaką miał z początku leczenia, nadto chora utraciła swe czerstwe wyglądanie, a stała się bladą, niedokrewną.

Przez następne dwa tygodnie ani prąd przerywany, ani prąd stały ani żadne środki tak zewnętrznie jak wewnętrznie używane wcale nie działały, słowem guz ten zmniejszyć się nie dał.

Badanie nadmienionego guza w tym czasie, kiedy on był najmniejszym, pozwalało stanowczo rozpoznać, że to jest obrzęk śledziony wędrującéj. Przez cały jednak czas blizko dwóch miesięcy nie byłem w stanie nic wykryć, coby mi rozjaśniło raz przyczynę powstania tego obrzęku śledziony, powtóre jaki był związek między zwiększeniem się obrzęku a miesiączkowaniem. Co do pierwszego, to stanowczo mogłem wykluczyć bezpośredni a istotny wpływ zakażenia malaryjnego a to z następujących powodów: 1) chora nie mieszkała w miejscach malaryjnych, 2) nie przebywała żadnych cierpień, któreby do tego zakażenia odnosić można, 3) nie dostrzegano u niéj nigdy zaburzeń gorączkowych ani dawniéj ani w czasie leczenia w Krynicy, a przytém 4) chinin, arsen i wiele innych środków podawanych choréj a działających także przeciw zakażeniu malaryjnemu okazało się zupełnie bezskutecznemi, w końcu 5) jakość obrzęku śledziony według mego doświadczenia także przemawiała przeciw zakażeniu zimniczemu, albowiem w tych przypadkach obrzęk tak znacznych rozmiarów i tyle lat trwający nie bywa gładki i miękki, lecz zwykle chropowaty i twardy, co świadczy o zmianach anatomicznych w tkaninie śledziony.

Jakiego zaś rodzaju mógł tutaj być związek między narządami rodnemi a występowaniem obrzęku śledziony, to trudno bliżéj określić. Że jednak związek ten istniał, to zdaje się, nie ulega wątpliwości, gdyż za tém przemawia wiele szczegółów, mianowicie: 1) że obrzęk wystąpił szybko zaraz po porodzie, 2) że przy jego szybkim wzroście nie było zaburzeń gorączkowych, 3) że już raz zmniejszył się pod wpływem leczenia, a wzrósł napowrót w czasie miesiączki, a w końcu 4) że podobnie zachował się ten obrzęk w czasie leczenia, które tutaj opisałem.

Opisuję tutaj samą chorobę a wstrzymuję się od podania jéj patogenezy, gdyż musiałbym wkroczyć na pole przypuszczeń, dla których tém trudniéj byłoby o dowody, iż jestto jedyny przypadek tego rodzaju. Zwróciwszy jednak nań uwagę być może, że z czasem nagromadzi się więcéj podobnych zboczeń, a wtedy i tłumaczenie będzie łatwiejszém i pewniejszém.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. Rosenbach z Wrocławia: **O stwardnieniu tętnic wieńcowych serca.**

Dokładnie zbadane i opisane są te choroby serca, których rozpoznanie i wyjaśnienie polega na prawach czysto fizycznych i fizyjologicznych, a temi są w ogóle wady zasta-

wek. Nie tak wdzięcznem polem do rozpisywania się jest natomiast ta część chorób sercowych, których tłem są zmiany mięśnia sercowego, oraz tętnic odżywiających, tj. wieńcowych. Bo też tutaj braknie lekarzowi, nie tak jak tam, zwłaszcza w początkowych okresach, wszelkich prawie objawów uchu dostępnych a niezawodnych; kiedyto, gdyby mu się udało wytropić chorobę, mógłby ją jeszcze usunąć, lub przynajmniéj dalszy jéj rózwój powstrzymać jedynie przepisami hygijeniczno-dyetetycznemi. Te uwagi dotykają przedewszystkiem chorób serca, których przyczyny szukamy w stwardnieniu wieńcówek sercowych, tak częstem u osób czwarty już krzyżyk dźwigających. Niedostateczne uwzględnienie przyczyn téj zmiany skłoniło R. do głębszego zajęcia się tą sprawą i w rozprawie, z której wyciąg podajemy, kreśli on nam swoje zapatrywania nad tą chorobą. Pomijając nagłe zamknięcie tętn. ww. w skutek zaczopowania lub zakrzepicy, dla bezowocności zabiegów zapobiegawczych, omawia tylko powolne ich zwężenie i ostateczne zamknięcie skutkiem stwardnienia.

Stwardnienie wieńcówek sercowych jest albo samoistne albo występuje obok takiéjże zmiany w części wstępującéj tętnicy głównéj, rozwiniętéj w takim razie szczególniéj około ujścia tętnic ww. Niekiedy tylko blaszka sklerotyczna aorty zagradza ujście wieńcówek, podczas gdy w nich samych żadnych zmian nie znajdziemy. To znów wieńcówki okazują znakomicie rozwinięte stwardnienie i miażdżycę, których w aorcie ani śladu.

Powstanie stwardnienia tętnic wyobrazić sobie możemy tylko przypuszczalnie na podstawie drażnienia ściany tętnicy wywołanego uciskiem krwi, któremu oprzeć stara się tętnica. Jasną rzeczą, dla czego najbardziéj grubieje i twardnieje początek tętnicy głównéj. A choć parcie krwi w aorcie nie powinno wpływać na parcie krwi w tt. ww., odchodzących od t. gł. prawie prostopadle, to jednak, zważywszy inne okoliczności, nabędziemy przekonania, że i w tt. ww. parcie musi być takie samo, przynajmniéj w początkowych częściach, jak i w aorcie. Wiadomo, że krew do tt. ww. wpływa tak podczas skurczu serca jak i rozkurczu; następnie podczas każdego skurczu serca krew z drobnych gałązek t. w. cofa się ku jéj początkowi, podnosząc parcie w téj części tém znaczniéj, im silniejszy i dłuższy jest skurcz komórki. Ta okoliczność, jako też wspomniane przedtém zastawienie ujścia t. w. ze strony stwardniałéj tętn. gł. sprawia największe rozszerzenie pnia tętn. w. z następném stwardnieniem. Co tylko zatém zwiększa parcie krwi w tętnicach, pobudzając ich ściany do silniejszego oporu i cięższéj pracy, a niedając czasu do odpoczynku i wytchnienia, godne jest obwinienia o sprawienie tak bogatych w następstwa zmian w tętnicach wieńcowych. Oto posądzić możemy: 1) długotrwałe wysiłki cielesne, jak noszenie ciężarów, szybkie chodzenie po schodach itp. 2) częste wzburzenia umysłowe, 3) nadużywanie wyskoku i tytoniu, 4) obfite biesiady przy niedostatecznym ruchu. Ponieważ te czynniki są niekiedy wolne od zarzutu, wprowadza R. winowajcę piątego, t. j. usposobienie osobiste, które ma polegać na dziedzicznéj skłonności układu naczyniowego do téj zmiany z powodu wrażliwości układu nerwowego serca. Wyświeceniu źródła zmian sklerotycznych w tętn. ww. nadaje autor bardzo wielkie znaczenie ze względu na środki zapobiegawcze.

Objawy. Z początku skarżą się chorzy na trudny oddech przy zwyczajnéj, nawet nienadmiernéj, czynności. Czasem pojawia się duszność przy ubieraniu i rozbieraniu, podczas stolca; występuje z początku ciśnienie u góry mostka lub ból w lewém ramieniu: chory staje, aby głęboko odetchnąć, objawy znikają i tak przy każdym wysiłku silniejszym, przytém tętno jest przyspieszone, nierówne; niekiedy bez przyczyny występuje bicie serca, to znów tętno wolnieje nad miarę. Z początku jednak spokój nocny nie jest zamącony. Dalszy postęp choroby objawia się: 1) przez pewne zboczenia w narządzie oddechowym, 2) rozszerzenie uczucia ucisku na całą górną część klatki piersiowéj, obydwa ramiona z przewagą bólu w lewém.

Rozróżnienie. Od bólu serca (dusznicy bolesnéj) różnią się te napady nadzwyczajną krótkością, tudzież tém że nie ma uczucia trwogi, nie ma bladości twarzy, ani sinicy. Napady nerwowe występują po jakiemś wzburzeniu umysłu, te zaś po wysiłku cielesnym; tutaj ból napada okolicę serca, szyję, ramiona, tam dołek sercowy; w stężeniu wieńcówek mamy nierówność tętna, w dusznicy bolesnéj zaś nie mamy jéj; w téj za to jest parcie na mocz, w tamtém nie.

Ze strony narządu oddechowego zasługuje na uwagę głęboki dźwięczny wdech podczas owego braku tchu i łagodny suchy nieżyt tchawicy i większych oskrzeli z nagłemi napadami kaszlu. Wynikiem tych zboczeń może być prawdziwa rozedma płucna. W tym razie utartym zwyczajem rozpoznają pierwotną rozedmę z następowemi napadami astmy, od czego można się ustrzedz rozważeniem wiadomości od chorego przy wypytywaniu zasięgniętych oraz innych okoliczności, mianowicie nagłości napadów i braku przerostu komórki prawéj. Następnym objawem początkowych okresów choroby jest przekrwienie i tętnienie w 2 lub 3 międzyżebrzu tuż przy mostku (w tém miejscu można wykazać stłumienie) tudzież utrudnienie ruchów lewego ramienia. W drugim okresie choroby wszystkie objawy są silniejsze, napady stają się częstsze i zamącają nawet spokój nocny, przyłącza się bezskuteczne zwykle parcie na stolec, brzuch jest wzdęty, tętno małe, bardzo nierówne. Uchem można stwierdzić: 1) nadzwyczajne wzmocnienie drugiego tonu sercowego obok małego i słabego tętna sprychowego; 2) skurczowy do ujścia aorty ograniczony szmer skutkiem chropowatości jéj ścian; 3) krótki chuchający szmer rozkurczowy tylko nad ujściem aorty. Ten objaw polega na względnéj niedostateczności jéj zastawek i pozwala prawie zawsze domyślać się stwardnienia tętnic wieńcowych.

Nie tak pewne są wyniki opukiwania, zwłaszcza w początkach choroby; na końcu znajdujemy zawsze nadzwyczajne rozszerzenie serca skutkiem złego odżywienia tudzież inne końcowe zaburzenia, jak bezdech, sinicę. Dodać należy, że w czystém stwardnieniu wieńcówek mimo znacznego osłabienia serca bardzo rzadko, lub tylko nieznaczna występuje puchlina, a odżywienie w téj chorobie ze wszystkich chorób serca najwcześniéj upada.

Rokowanie w wybitnych przypadkach jest stanowczo niepomyślne, w lżejszych zawsze powinno być oględne.

Leczenie winno polegać na usunięciu wyżéj wspomnianych szkodliwości. Wskazane jest metodycznie prowadzone głębokie oddechanie oraz uporządkowanie stolca. U osób, u których przypuszcza się usposobienie dziedziczne, autor chrzci je imieniem *cardiopathische Belastung*, u których mianowicie lada przyczyna wywołuje bicie serca, można już wczas wiele zdziałać wpływem moralnym. Z lekarstw radzi R. w łagodnych napadach *Aether sulphur.* (po 20 kropli do 1 łyżeczki) w silniejszych morfin (0,01 podsk.) nawet przy poczynającéj się puchlinie płuc; *Coffeinum natro-salic.*

i *natro benzoic.* (od 0,2 *pro dosi* kilka razy dziennie); *Natr. nitros.* (2,0—3,0:150,8 co 2 g. łyżkę); nitrogliceryne. Naparstnica w dużych dawkach wskazana w rozszerzeniu serca. W początkach działają korzystnie letnie kąpiele. (*Breslauer aerztl. Zeitschrift* 1886. Nr. 1, 2.). *S. Swierz.*

Dr. B. Lewy: **O związku jaki zachodzi między kryształkami Leydena a spirylami Curschmanna w Asthma bronchiale.** Z ostatnich lat liczne sprawozdania stwierdzają obecność kryształków w ostrym nieżycie oskrzelowym, w suchym nieżycie połączonym z rozedmą płuc, w dychawicy oskrzelowéj i w włóknikowém zapaleniu oskrzeli. Nowsi autorowie, jak Ungar i Curschmann, dokładnie i wyczerpująco podali obserwacyje nad temi kryształkami i nitkami krętemi i uważają nitki kręte za główną przyczynę wywołującą dusznicę oskrzelową, nie przypisując za to wielkiego znaczenia kryształkom Leydena. Dr. Lewy podaje swoje spostrzeżenia poczynione na chorych leczonych w gabinecie pneumatycznym Dra Lazarusa. Chorzy ci miewali od czasu do czasu albo ciężkie napady duszności *(orthopnoë)*, albo téż tylko lżejsze astmatyczne lub téż, jak to było w niektórych przypadkach, kończyło się na zwiastunach i do istotnego napadu nie dochodziło. Tych więc chorych plwociny poddawał Dr. Lewy badaniu. Zwykle musiał robić 6—8 preparatów, zanim znalazł nitki kręte lub kryształki. Dla przekonania się czy kryształki lub nitki kręte znajdują się nietylko w dusznicy, badał plwociny i w innych chorobach narządu oddechowego. Dwa główne rodzaje plwocin daje się zwykle odróżnić: 1) u tych, którzy cierpieli na przewlekły nieżyt oskrzeli bez dusznicy, były plwociny przeważnie ropne, podobne do suchotniczych z tą różnicą, że nie znajdowano w nich elastycznych włókien i prątków. Plwociny w nieżycie takim są złożone z komórek ropnych, miazgi rozpadowéj, bakteryj pomięszanych z komórkami przybłonkowemi, cylindrycznemi i przybłonkiem brukowym z pęcherzyków płucnych; 2) inaczéj wyglądają plwociny astmatyków w czasie napadów lub wkrótce przed niemi. Te plwociny złożone są z zielono-żółtych bryłek, których bywa bardzo wiele, lub téż tylko nieznaczna ilość. Bryłki takie składają się głównie z komórek ropnych, przybłonkowych a między niemi widzimy małe prawie kłaczki. Bryłki tego koloru są bez znaczenia. Za to ważnemi są innego rodzaju bryłki: żółte lub białożółte lub téz szare a nawet czarniawe. *a)* Żółte sąto albo krótkie cienkie pokręcone niteczki albo téż większe dochodzące do 1cm., bezkształtne masy ciągnące się i trudno dające się rozgnieść pod szkiełkiem. W niektórych przypadkach mają te bryłki żółtobrunatny odcień, który jest w związku z obecnością kryształków bez wyjątku w nich znajdowanych. Mikroskopowo złożone są one z okrągłych komórek wielkości komórki śluzowéj z zatartym konturem z niewyraźnym jądrem a wypełnione są licznemi ziarneczkami. Podobne ziarneczka leżą i między komórką jakby istota spajająca. Pomiędzy temi komórkami leżą właśnie kryształki Leydena. Oprócz tego w plwocinach znajduje się przybłonek migawkowy w bardzo znacznéj ilości, a tam, gdzie takich komórek jest wiele, tam kryształków malo i odwrotnie. *b)* Co do 2éj formy bryłek to te zwykle są szare lub szaro-czarne i zawierają w sobie nitki kręte Curschmana. Zależy teraz od tego, które bryłki w plwocinach przeważają, jeżeli więcéj jest szarych, jak to zwykle bywa, to mamy w takim razie szare, galaretowate, ciągnące się plwociny, które nawet przy obróceniu naczynia do góry nie wylewają się z niego, sąto tak zwane *Sputum crudum;* jeżeli zaś przeważają żółte, to mamy plwociny podobne do *Sputum globosum.* Żółte bryłki zawierające przybłonek migawkowy pochodzą z oskrzeli, a szare z pęcherzyków. Godnym jest jeszcze uwagi i ten fakt, że przybłonek migawkowy z oskrzeli i płaski z pęcherzyków znajduje się w bardzo znacznéj ilości w plwocinach astmatyków, nie cechuje to jednak dusznicy, ponieważ i w suchotach płucnych ostro przebiegających znajdujemy podobnież liczne przybłonki. Nadto w plwocinach astmatycznych znajdują się choć nie zawsze kryształki podobne do Leydenowskich, nieco jednak innéj postaci. Sąto kryształki w postaci krótkich wrzecionowatych igiełek albo w trójkątach lub rombicznych płytkach, zupełnie przeźroczystych, żółto połyskujących i zwykle w kształcie róży ugrupowanych. Niekiedy znajduje się je i w bezkształtnych bryłkach podobnych do komórek pęcherzyków płucnych, przy bliższém jednak badaniu widzimy w nich budowę promienistą. Kryształki te rozpuszczają się w kwasie octowym i solnym, a nie rozpuszczają się w ługu potasowym. Sztucznie można je otrzymać, jeżeli do preparatu doda się kroplę 1% rozczynu fosforanu amonowego. Sąto kryształki fosforanu wapniowego, jakie czasem w moczu alkalicznym spotykamy. Są one bardzo podobne do kryształków Leydenowskich i nieraz mogą uchodzić za kryształki Leydena i dla tego należy zbadać zachowanie się ich w obec ługu potasowego, w którym kryształki fosforanu wapniowego łatwo się rozpuszczają. Te ostatnie bardzo łatwo sztucznie otrzymać, podczas gdy dotąd nie udało się nigdy otrzymać sztucznie kryształków Leydenowskich.

Z poczynionych przez siebie obserwacyj dusznicy autor doszedł do następujących wniosków: W tych wszystkich przypadkach, z wyjątkiem jednego, zawsze była pewna zależność dusznicy od obecności kryształków lub nitek krętych Curschmanna, w czasie zaś wolnym od astmy nie znajdowano ani jednych ani drugich. Na sam napad bezpośrednio nie mają kryształki i spiryle tak wybitnego wpływu, ponieważ *a)* były przypadki, gdzie kryształków i nitek krętych Curschmana było bardzo dużo a napad był mały lub téż skończyl się na samych zwiastunach, ponieważ *b)* po napadzie chorzy czują się zupełnie zdrowymi, nie mają duszności, a przecież w plwocinach znajdują się kryształki i nitki kręte. Wkrótce przed napadem dusznicy lub téż w czasie samego napadu można być pewnym, że i kryształki i nitki kręte w plwocinach znajdziemy i odwrotnie znajdując kryształki wraz z nitkami krętemi można się wkrótce spodziewać nowego napadu. Kryształki Leydenowskie znajdował Dr. Lewy oprócz tego i w plwocinach w ostrym nieżycie oskrzeli i w nieżycie oskrzelowym włóknikowym i nawet w suchotach płucnych. Powstawanie kryształków uważa autor za zależne od łuszczącego się nieżytu oskrzeli i zwykle przy pojawieniu się kryształków mamy w plwocinach całe masy komórek przybłonkowych i migawkowych, a kryształki te dla tego regularnie przydarzają się w dusznicy, ponieważ w niéj mamy właśnie taki łuszczący się nieżyt oskrzeli i on właśnie, zdaniem autora, wywołuje napad dusznicy. Prawdopodobnie w skutek nadmiernego łuszczenia się przybłonka następuje drażnienie końcowych włókien nerwu błędnego przez te przybłonki, a w skutek drażnienia powstaje kaszel. W nieżytach, w których nie ma takiego silnego łuszczenia się przybłonka, nie ma téż i kryształków. Co do nitek krętych Curschmana autor twierdzi, że pochodzą one z pęcherzyków płucnych, że pęcherzyki wytwarzają pewną ciecz, która będąc przeciskaną w przejściu przez oskrzelki przybiera formę takiéj

nitki krętéj. Te zaś tak zwane nitki osiowe Curschmana uważa autor jako wydzielinę z gruczołów śluzowych w ściance oskrzeli znajdujących się. Że nitki kręte Curschmana nie są odlewem najdrobniejszych oskrzelków, na to dowód mamy w têm, że są one zawsze jednakowéj grubości pomimo, że są bardzo długie. Jak nieżyt łuszczący się oskrzeli prowadzi do wytworzenia się kryształków Leydena, tak nieżyt pęcherzyków płucnych do powstawania nitek krętych Curschmana. Dla tego téż nitki takie nie są właściwe dusznicy, bo je znajdujemy wszędzie tam, gdzie mamy do czynienia z nieżytem w pęcherzykach płucnych, jak np. w włóknikowém zapaleniu płuc, w dusznicy sercowéj, w ostrym i przewlekłym nieżycie oskrzeli, jeżeli ten przebiega z obfitém wydzielaniem się komórek przybłonkowych. Autor zgadza się na zapatrywania Ungara i Curschmana, że napad dusznicy jest wywolanym w skutek tego, że większa część oskrzelków zapchaną jest przez nitki kręte, powstaje więc przeszkoda w oddechaniu i ztąd duszność. Curschman obok tego chce widzieć jeszcze jakieś wpływy nerwowe, które mają się również przyczyniać do wywołania napadu dusznicy. Dr. Lewy w obszernéj swéj pracy starał się dowieść, że kryształki jakoteż nitki kręte Curschmana są tylko skutkiem łuszczącego się nieżytu oskrzelików i pęcherzyków płucnych, są więc one właściwe tylko jednemu obrazowi anatomicznemu, a nie klinicznemu znanemu pod nazwą dusznicy oskrzelowéj. *(Zeitschrift f. klin. Med.*, IX tom, 6 zeszyt). *Dr. J. Surzycki.*

Jasiński: **Leczenie skoliozy.**

Podział skoliozy ze względu na wskazania lecznicze na trzy okresy daje się tylko u dorosłych przeprowadzić. U dzieci zaś, u których skolioza bardzo wcześnie pojawia się czy to z powodu zmian wrodzonych w kręgach, czy też z powodu zmian nabytych w skutek krzywicy, leczenie musi być innêm niż u dorosłych. Autor poleca u dzieci, które chodzić jeszcze nie umieją, noszenie ich na twardych, szerokich materacykach, do których dziecko przypiąć można zapomocą opasek, tak iż kręgosłup prawie wcale nie dźwiga ciężaru ciała bez względu na położenie, w jakiém dziecko trzymamy. U dzieci, które już siadają, stosuje autor ścisłe bandażowanie brzucha. Doświadczenia bowiem Parowa i Meyera wykazały, iż kręgosłup opiera się w znacznéj części na trzewach brzusznych a raczéj przez te ostatnie na odpornych ścianach jamy brzusznéj i w ten sposób pomaga częściom miękkim w równoważeniu ciężaru kręgosłupa. Zamiast zwykłego bandaża używa autor u dzieci skoliotycznych z zniekształconą klatką piersiową opaski umyślnie w tym celu sporządzonéj a składającéj się z peloty, która zapomocą śruby brzuch mniéj lub więcéj uciskać może. Gdy dziecko już chodzić zaczyna, poleca autor przy tych pierwszych próbach chodzenia podkładać pod ramiona pętlę, która podtrzymując kręgosłup działa jako aparat naciągający.

U dorosłych leczenie skoliozy zależy od okresu, w jakim się takowa znajduje. Okres pierwszy, gdzie jeszcze nie ma skręcenia kręgów *(strophosis)* a zmiany anatomiczne polegają tylko na zmianach w chrząstkach międzykręgowych, wymaga przedewszystkiém leczenia ogólnego, a więc odpowiedniego żywienia, ruchu na świeżém powietrzu, ostrożnéj gimnastyki, odpowiedniego ubrania, stosownego siedzenia przy pracy itp. Oprócz tego dyjetetycznego zachowania się w okresie tym specyjalna gimnastyka kręgosłupa szczególnie jest wskazaną. Tu należą ćwiczenia na trapezie, drabinie poziomėj i skośnéj i cały szereg ćwiczeń wolnych z oporem lub bez oporu dotyczących odnóg górnych i tułowia. U osób systematycznie zapomocą gimnastyki leczyć się niemogących stosuje autor leżenie na twardéj podstawie kilka razy dziennie po pół godziny. Przyrządy mające dźwigać chylący się kręgosłup w tym okresie są zbyteczne, w wyjątkowych tylko przypadkach poleca autor gorsety modelu Schlechta z Wiednia w połączeniu z szeleczkami motelkowatemi modelu Ehrlicha z Warszawy.

W drugim okresie, w którym skręcenie kręgów już istnieje, następowe zmiany w kształcie klatki piersiowéj już wystąpiły ale skrzywienie kręgosłupa przy zawieszeniu jeszcze zawsze mniéj lub więcéj się wyprostowuje, poleca autor oprócz leczenia dotychczasowego noszenie gorsetu filcowego założonego przy zawieszaniu na przyrządzie Sayra. Przy téj sposobności podnosi autor wyższość gorsetów filcowych nad gipsowemi, mianowicie ich lekkość, możebność zdejmowania i trwałość. Sposób noszenia gorsetów filcowych, polecany przez autora, różni się znacznie od sposobu, który podają chirurdzy angielscy i niemieccy. Podczas gdy tamci gorset zakładają na czas dłuższy, na kilka miesięcy, autor poleca chorym trzy razy dziennie gorset zdejmować i przy zawieszaniu się napowrót wkładać. Żaden bowiem gorset nie zdoła kręgosłupa dłużéj utrzymać w poprawionėm położeniu niż kilka godzin zaledwie, o czém autor przekonał się mierząc wzrost chorego przed zawieszeniem i po założeniu gorsetu w rozmaitych czasach. Na noc chorzy gorset zdejmują a spać poleca im autor na wznak na twardym i równym materacu. W przypadkach, w których przez zawieszenie nie można skrzywienia dokładnie wyrównać, w których jednak przez ułożenie na bok kręgosłup wyprostowuje się, używa autor gorsetu gipsowego założonego sposobem podanym przez Petersena. Układa się chorego na dwóch stołkach w ten sposób, że głowa spoczywa na jednym z nich a miednica i nogi na drugim, wypukłość zaś skoliozy skierowaną jest ku dołowi. Za pomocą pętli flanelowéj założonéj w miejscu największego wypuklenia kręgosłupa podnosi się chorego ku górze, skrzywienie w ten sposób znika i teraz zakłada się gorset gipsowy. Ćwiczenia gimnastyczne w tym okresie są również wskazane, mianowicie ćwiczenia takie, w których patologiczne skrzywienie po przeciwnéj powstaje stronie.

Skolioza trzeciego stopnia, gdzie przez naciąganie kręgosłup już kształtu swego nie zmienia, wymaga również leczenia. Leczenie to ma zapobiedz dalszemu postępowaniu sprawy chorobowéj a polega na założeniu gorsetu skórzanego (*cuirasse Mathieu*). W wielu przypadkach założenie opatrunku filcowego i mięsienie przynosi choremu znakomitą ulgę zwłaszcza w bólach neuralgicznych. Przeciwskazaném jest noszenie jakichkolwiek gorsetów w przypadkach osteomalacyi jak również w przypadkach, w których klatka piersiowa jest mocno zniekształconą a pojemność jéj bardzo znacznie zmniejszoną.

W końcu wypowiada autor zdanie, iż pomimo świetnych wyników w leczeniu skoliozy doszczętne wyleczenie téjże jest niemożliwém. (*Gazeta Lekarska* 1886. Nr. 3, 4, 5).

Dr. Sondermayer.

Wiadomości pomniejsze.

Ω. Do tamponowania krwotoków nosowych użyć można z korzyścią kondona. Kondon wprowadza się cewnikiem sprężystym głęboko do dziurki od nosa, następnie wyciągnąwszy cewnik cośkolwiek naprzód, wydyma się kondon mocno i ujście jego zawiązuje się tasiemką. (*D. med. Ztg.*, 1885, Nr. 96).

○ **Wpływ rtęci na krew.** Przeciwnie niż dotąd powszechnie mniemano, jakoby leczenie rtęcią zmniejszało liczbę czerwonych ciałek we krwi, znajduje Galliard, iż liczba ich częściéj bywa zwiększoną niż zmniejszoną, gdyż zazwyczaj aż do 14 dnia leczenie stopniowo wzmaga się, poczém dopiero spostrzega się powolne zmniejszenie. Hemoglobin ciągle się wzmaga, nawet gdy i ciałka się zmniejszają. Galliard znajduje téż, iż waga ciała wzmaga się w czasie trwania leczenia rtęcią (*The Lancet*. 1886. I. Nr. 4).

○ **Pasorzytnogubne leczenie wilka.** White prof. Uniwersytetu Harwardskiego opierając się na mniemaniu, że wilk jest postacią gruźlicy skórnéj i że polega na chronicznych zapalnych zmianach sprawionych w tkankach przez obecność prątków starał się o wynalezienie prostego a racyjonalnego leczenia przez zastosowanie na prątka jakiejś istoty, któraby nie naruszając tkanek zwierzęcych zabijała prątki. Pobudzony rozprawą Doutrlepointa, używał w 12 przypadkach maści i obmywań z dwuchlorku rtęci 1—2 ziarn na uncyję, a w kilku salicylu w 2—4% roczczynie W. znalazł, iż objawy w wilku w wczesnym okresie ustępowały nagle. Gruzełki powoli zasychają i bledną a skóra powraca do stanu prawidłowego w ciągu kilku miesięcy. W postaci wrzodziejącéj działanie sublimatu jest powolniejsze i o wiele mniéj pewne. Zaleca W. maść sublimatową jako więcéj skuteczną używając jéj 2 razy dziennie w postaci jednak wrzodziejącéj obmywaniom daje pierwszeństwo. Konieczną jest rzeczą mieć się na ostrożności od ślinienia, gdy środka tego używa się koło ust. (*The Lancet*, 1886, I, Nr. 6).

○ **Geolina** jest wytworem z nafty z pozoru bardzo podobnym do wazeliny i używa się jéj w podobnych celach co wazeliny. Nie ma ona nigdy jełczeć. (*The Lancet*).

○ **Amonijak w wągliku i karbunkule.** Dr. Leonidas Avendano w rozprawie czytanéj w Tow. lek. w Limie sławi wielką wartość amonijaku w wągliku i „chorobach karbunkulowych". Mieni amonijak specyfikiem w tych chorobach i sądzi, iż powinien stanowić jedyny środek, jakiego się używa. W przypadkach czyraków zjadliwych radzi po nacięciu zapuścić do rany parę kropel roczynu amonijakalnego według przepisu lekowzoru sporządzonego w nadziei zniszczenia prątków i w nadziei, że amonijak dostanie się do krwiobiegu zanim dostaną się prątki i że przemieni krew w płyn, w krórym pasorzyty mnożyć się nie mogą. Co więcéj sole amonowe, jak octan, należy podawać wewnętrznie a w razie najlżejszego podejrzenia należy uciec się do wstrzykiwań do żył amonijaku w ilości 10 kropel roczynu według lekowzoru rozcieńczonych w równéj ilości wody przekroplonéj. W przypadkach zjadliwego oedema i gorączki karbunkułowéj należy mikroby bezpośrednio we krwi niszczyć wstrzykując amonijak do krwiobiegu. Autor podaje opis kilku przypadków, w których natychmiast nastało polepszenie a następnie wyzdrowienie u chorych na pozór umierających przy użyciu powtarzanych amonijakalnych wstrzykiwań do żył. (*The Lancet*, 1886, I, Nr. 2).

○ **Antipyryn jako haemostaticum.** Antipyryn często obecnie używany w leczeniu gorączek dla obniżenia ciepłoty okazał się cennym środkiem w innym jeszcze kierunku w ręku jednego z włoskich chirurgów Dra Casaltego, jako środek haemostatyczny. W przypadku *epistaxis* użytym został w postaci 5% roczczynu, a także raz po operacyi powstrzymano krwotok w ciągu 3 minut używając 4% roczczynu. Dr. Casati uważa antipyryn za lepszy od półtora chlorku żelaza lub rozpalonego żelaza przy tamowaniu krwotoku, bo rana po jego użyciu pozostaje zupełnie czystą i bez wszelkiego strupa. Ma téż nad ergotynem tę zaletę, że nie jest trującym nawet w znaczniejszych dawkach a jego przeciwgorączkowe i przeciwgnilne własności w wielu razach są bardzo korzystnemi. (*The Lancet*, 1886, I, Nr. 3).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 2 grudnia 1885 r.

Przewodniczący kol. A. Rosner. Członków obecnych 24.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Kol. A. Gluziński podaje, że z operowanych przez Mikulicza przypadków miał sposobność kilka dokładnie obserwować; z tych szczególniéj co do dwóch chciałby zrobić kilka uwag. Jeden z nich powiększył następstwo po wyłuszczeniu wola o jednę zmianę, przybywa nam bowiem w szeregu objawów następczych jeszcze padaczka. Że w przypadku tym obok tężyczki mieliśmy do czynienia z typowemi napadami padaczki, nie ulega najmniejszéj wątpliwości. Napady te postrzegał kol. G. dosyć często podczas pobytu choréj w klinice prof. Korczyńskiego. Przypadek nie stoi już odosobniony, bo przed chwilą słyszeliśmy opowiadany przez prof. Obalińskiego, o tyle jeszcze ciekawszy, że podczas napadu występowało rozszerzenie źrenicy po stronie za drugim razem operowanéj, t. j. lewéj. Fakt ten ostatni wskazujący w każdym razie na pewną zmianę w nerwie współczulnym lewym, mógłby nam posłużyć za podstawę do wytłumaczenia, gdzie należy szukać przyczyny padaczki w podobnych okolicznościach. Że u ludzi nawiedzanych padaczką dość często znajdowano zmiany w n. współczulnym, wystarczy przytoczyć wyniki badań Echeverii. Jako przyczynek przytacza kol. G. również przypadek obserwowany w klinice prof. Korczyńskiego, a który opisał w sprawozdaniu z kliniki lek. za rok 1874 do 1878 str. 131. Dotyczył on mężczyzny lat 46 liczącego który od lat 8 cierpiał na padaczkę. Badanie u chorego tego, z wyjątkiem przerostu lewego serca w narządach wewnętrznych innych zmian nie wykazywało. Zato na szyi i głowie napotkano obiedwie tętnice dogłowowe, skroniowe i tyłogłowowe, przeważnie po stronie prawéj, mocno rozszerzone, wężykowate, z widocznemi rozgałęzieniami łączącemi się pomiędzy sobą. Na szczycie głowy tętniak wielkości orzecha włoskiego, a nad nim szmer skurczowy, podobny szmer, tylko niższy, słychać nad czaszką w miejscach oddalonych od naczyń (na czole), który więc był śródczaszkowy. Zmiany te wszystkie, a szczególnie uwagę chorego zwrócił tętniak, który spostrzegł przed 8 laty, na pewien czas przed napadem padaczki. Wśród dwukrotnego napadu, jaki obserwowano w czasie pobytu chorego w klinice, dodać należy, że w obydwóch razach tętnice na głowie były mocno rozszerzone i mocno tętniały. W przypadku więc tym rozszerzenie naczyń czaszkowych, nie ulega zaś wątpliwości, że i śródczaszkowych (szmer śródczaszkowy) a w związku z tém zaburzenia w krążeniu ośrodków, poprzedzając wystąpienie napadów, może być uważane za podstawę padaczki, zwłaszcza, iż podczas samego napadu stwierdzić było można rozszerzenia większe i mocniejsze tętnienia wspomnianych tętnic. Dla rozszerzenia zaś naczyń na czaszce w obec braku innych przyczyn przypuścić wypada koniecznie porażenie nerwów naczynioruchowych, a jako punkt wyjścia tak dla zmian w naczyniach, jak i następowéj nerwicy, zmianę chorobową w n. współczulnym. W przypadkach więc opisanych przez proff. Mikulicza i Obalińskiego, zwłaszcza w tym ostatnim, w obec rozszerzenia źrenicy podczas napadu przyczyny padaczki — zdaniem kol. G., szukać też należy w pewnéj zmianie w n. współczulnym, która powstała czyto podczas saméj operacyi, czy podczas procesu gojenia. Ważnym przyczynkiem w kierunku leczniczym jest przypadek przytoczony przez prof. Mikulicza, dotyczący wyłuszczenia wola w chorobie Basedowa. Korzystając z nastręczonéj sposobności badał kol. G. przypadek ten przed i po operacyi. Że mieliśmy tu do czynienia z rzeczywistą chorobą Basedowa, a nie z objawami pochodzącemi od ugniatania n. współczulnego przez znacznie powiększony gruczoł tarczykowy, dowodzą fakta stwierdzonego wytrzeszczaka obustronnego, zniesienia współruchu powieki górnéj i gałki ocznéj przy obniżaniu i podnoszeniu płaszczyzny patrzenia (objaw Graefego) oraz brak zmian w rozmiarach źrenic. Dodać winien, że u téj choréj badanie fizyczne wykazało powiększenie serca w obu wymiarach i szmer skurczowy nad wszystkiemi ujściami. Akcyja serca silnie wzmożona i przyspieszona. Operacyja wywarła namacalny skutek, gdy w jakie 3 tygodnie chora badana przedstawiała już akcyję serca spokojną, roz-

miary jego prawidłowe, tony zupełnie czyste, wytrzeszczak mniejszego stopnia. — W jaki sposób wyłuszczenie wola wpływa tak korzystnie na przebieg choroby, kol. G. wytłumaczyć sobie nie umie pozostaje jednak faktem, że w przypadkach, gdzie środki używane w téj chorobie okażą się bezskuteczne, a zwłaszcza gdy sam wól wywołuje groźniejsze przypady, warto uciec się do zabiegu chirurgicznego. — Kol. Cybulski zauważył, iż ze względu na rozmaitość objawów chorobowych występujących po usunięciu gruczołu tarczykowego, trudno jest przyznać, żeby te objawy były następstwem pozbawienia funkcyi gruczołu, gdyż w takim razie miałyby miejsce tylko pewne zmiany, zawsze mniéj więcéj jednostajne. Że zaś podobne nie występują przy resekcyi gruczołu dokonywanéj przez prof. Mikulicza, można więc przypuszczać, iż są one wyrazem zmiany funkcyi nerwów przebiegających obficie w téj okolicy, i że zostawiając część gruczołu pokrywającą takowe, już przez to samo usuwa się w znacznéj części tak uszkodzenie ich w czasie operacyi, jak i dalsze uciskanie przez wytwarzającą się bliznę. Ucisk czuciowych nerwów w bliźnie może wywołać pewne zmiany w systemie nerwowym; świadczą o tém badania kliniczne i doświadczenia fizyjologiczne, jak Brown-Séquarda, który u świnki morskiéj wywoływał padaczkę przez przecięcie n. kulszowego, a stan ten chorobowy objawiał się nie tylko u matki, lecz był obserwowanym i w większéj części jéj pomiotu. Ponieważ w okolicy gruczołu tarczykowego przebiega cały szereg nerwów, których funkcyje są nader rozmaite i dla organizmu bardzo ważne, przeto zmiany występujące w każdym danym przypadku mogą być inne zależnie od tego, jakie nerwy lub włókna ich zostały w czasie operacyi lub po operacyi i w jakim stopniu uszkodzone. Z przypuszczeniem tém o tyle łatwiéj zgodzić się, skoro się uwzględni, że już same zmiany w funkcyi nerwu współczulnego, zawierającego najprawdopodobniéj włókna naczynioruchowe nawet dla istoty mózgowéj, mogą być przyczyną najrozmaitszych zmian w czynnościach systematu nerwowego, jak to już zauważył i kol. Gluziński. — Kol. Korczyński zapytuje prelegenta w jakim wieku znajdowali się chorzy dotknięci tężyczką i czy ta choroba następowa nie dotyczyła przeważnie kobiet. — Kol. Mikulicz odpowiada, że istotnie tężyczka dotyczyła przeważnie młodych kobiet. — Kol. Korczyński upatruje jakąś nić wiodącą do bliższego poznania nerwic występujących po wyjęciu wola w tym szczególe, że tak padaczka jak i tężyczka zdarzają się przeważnie u kobiet, a więc u płci skłonnéj w ogóle do nerwic rozległych, jak nie mniéj w téj okoliczności, że obiedwie nerwice mogą się równocześnie pojawić u jednéj i téj saméj choréj w następstwie operacyi wola, jak to niewątpliwie stwierdzono w jednym przypadku w klinice lekarskiéj obserwowanym, co przemawiałoby za tém, że przyczyna i podstawa obydwu tych chorób następowych jest jedna i ta sama. Jaki czynnik pośredniczy tu właściwie, według obecnego stanowiska nauki na pewne żadną miarą orzec nie podobna. Wartoby przedsiębrać na nowo według naprzód ułożonego planu szereg doświadczeń na zwierzętach, któreby uzupełniły, a zapewne poniekąd i sprostowały to, co dotychczas wiemy o wpływie wyjęcia gruczołu tarczykowego. Przy téj sposobności zwraca kol. K. uwagę na spostrzeżenia lekarzy francuskich, z których wynika, że po dobrowolném zniknięciu wola miąższowego, jakie niekiedy się zdarza, zauważano niekiedy szybko powstającą niedokrewność znaczniejszego stopnia, daléj na powszechnie znany szczegół, że obrzmienie gruczołu tarczykowego występuje względnie dość często wśród cięższych postaci błednicy, wreszcie na spostrzeżenia, które wykazują, że przy szybkiém znikaniu wola wśród wewnętrznego podawania przetworów jodowych pojawia się niekiedy charłactwo, które tak co do stopnia, jakotéż co do szybkości rozwoju wprost od podawania jodu zależeć nie może. To wszystko przemawiałoby wielce za związkiem, jaki istnieje między stanem ogólnym odżywiania a obrzękiem gruczołu tarczykowego. — Kol. Pieniążek nie przeczy, że podniesione przez kol. Korczyńskiego występowanie charłactwa przy zmniejszaniu się wola, może mieć za przyczynę samo zanikanie; możnaby jednak przyjąć i inne tłumaczenie, mianowicie, że wywołuje takowe jod, jak to i w innych przypadkach wolnych od powiększenia gruczołu czasami bywa, np. w raku, gruźlicy i wadach serca. Może więc pewna nietolerancyja organizmu dla tego środka być w podobnych razach przyczyną charłactwa. — Kol. Korczyński nadmienia, że pod tym względem ma na myśli przypadki wola, gdzie przy zastósowaniu już bardzo małych dawek jodku potasu wśród szybkiego znikania wola pojawiało się charłactwo. Takich przypadków zna kilkanaście z własnego doświadczenia, a czynią one właśnie dla tego to wrażenie, że charłactwo powstaje skutkiem szybkiego znikania wola a nie skutkiem szkodliwego na odżywienie działania jodu, gdyż przy żadnéj innéj chorobie takiego działania małych dawek jodku potasu nie zauważył. Kol. K. nie przeczy, że wiele osób przetworów jodowych wcale nie znosi że w raku jod podkopuje odżywienie, że i wśród gruźlicy jod nie jest wskazany, lubo pamięta już czasy, gdzie w téj chorobie gorąco był zachwalany, że działa szkodliwie w późniejszych okresach wad sercowych, jednakże we wcześniejszych okresach wad sercowych, jakie wytwarzają się po przebytém zapaleniu osierdzia lub wsierdzia, widział bardzo często pomyślne skutki po zastósowaniu przetworów jodowych, tak samo jak niekorzystny wpływ jodu na odżywienie ogólne w niektórych postaciach wola nie jest wcale regułą lecz wyjątkiem, jednakże wyjątkiem, który względnie częściéj się zdarza aniżeli w innych chorobach. — Kol. Rosner przypomina sobie jeszcze ze swych studyjów, że prof. Dumreicher przestrzegał przed używaniem w wolu większych dawek jodu, gdyż one w téj chorobie bardzo łatwo odżywienie podkopują. — Kol. Pieniążek nie potępia zadawania jodu w wadach serca, zwłaszcza świeżych, widział jednak parę przypadków w Wiedniu, gdzie w podobnych razach jod źle był znoszony, co jednak mogło być przypadkowém tylko, a niekoniecznie skutkiem tych wad. Co zaś do gruźlicy, to nieraz miał sposobność przekonać się o szybkiém szerzeniu się nacieków szczytowych a nawet wybuchu ostréj gruźlicy śród zadawania jodu. W jego praktyce nieraz zdarzają się przypadki, w których rozróżnianie wrzodów gruźliczych od kiłowych w krtani jest niemożebném. Wtedy jod w krótkim czasie ustali rozpoznanie, lecz w razie gruźlicy na szkodę chorego; dla tego w podobnych przypadkach zadaje rtęć, jako mniéj niebezpieczną. — Kol. Warschauer podziela zdanie kol. Pieniążka, który sądzi, że jeżeli po użyciu jodu i jego przetworów wól zmniejsza się, lecz występuje charłactwo, to takowe za chorobę jodową (*jodismus*) uważać należy. Nie idzie jednak za tém, aby stan podobny dopiero po sporém użyciu jodu i jego preparatów miał powstawać. Bywają owszem przypadki, w których chorzy przez długi czas zażywają te środki ze skutkiem dobrym, gdy w innych małe już dawki wystarczą do wywołania zjawisk, objętych nazwą jodyzmu. — Zależy to prawdopodobnie od osobniczéj tkliwości (*idiosyncrasia*) chorego. — Kol. A. Gluziński zapytuje, jak często w innych chorobach chirurgicznych występuje tetania? — Kol. Mikulicz odpowiada, że nie widział nigdy. — Kol. Gluziński widział tetaniję po wyrwaniu zęba u kobiety. To zdaje się wskazywać na fakt przez kol. Cybulskiego przytoczony, że nawet zadrażnienie nerwów czulnych może ją wywołać. — Kol. Mikulicz widzi z całego toku dyskusyi, że wytłumaczenie teoretyczne następstw po wyjęciu wola powstających nie jest dotąd jasne, i że wymaga dalszych jeszcze prac, ale zarazem stwierdza z przyjemnością, że resekcyja wola zamiast zupełnego wyjęcia takowego okazuje się w praktyce jako zbawienne i chroniące w znacznym stopniu od niekorzystnych następstw. Co do przypadku przytoczonego przez kol. Obalińskiego, przypomina kol. M., że pierwszy przypadek resekcyi wola ogłosił Dr. Schramm już na Zjeździe poznańskim jakotéż w Przeglądzie Lek. w roku 1884, a zatém o pół roku wcześniéj, nim kol. Obaliński operował. Spostrzeżenia zrobione w tym przypadku po drugiéj operacyi są nader ciekawe i niezawodnie ważne dla kwestyi całkowitego wyłuszczenia wola; trzeba jednak przypuścić, że w tym przypadku przecież nie wykonano typowéj resekcyi według metody kol. M. — Kol. Prus nadmienia o doświadczeniach Schiffa wykonanych w ostatnich czasach na psach. Wycinał on gruczoły tarczykowe a następnie zaszywał do jamy otrzewnowéj. — Z doświadczeń tych wynikało, że psy, którym wycięto gruczoły tarczykowe i włożono do jamy otrzewnowéj, rychło powracały do zupełnego zdrowia, podczas gdy te, u których poprzestano tylko na samém usunięciu gruczołów, ulegały groźnym zboczeniom w odżywianiu. Z tego wniósł Schiff, że gruczoł tarczykowy odgrywa ważną rolę w chemizmie ustroju, wytwarzając prawdopodobnie jakiś ferment niezbędny dla takowego. Doświadczenia te jednak nie są wcale przekonywające, gdyż znane są przypadki zupełnego wycięcia gruczołu tarczykowego u ludzi, bez pojawienia się jakichkolwiek następowych zboczeń. Gdyby zaś wnioski Schiffa

miały być niewątpliwemi, w takim razie resekcyja wola metodą kof. Mikulicza czyniłaby i temu wskazaniu zadosyć; pozostawiając bowiem część gruczołu, zapewnia organizmowi obecność owego fermentu, który dla odżywiania ma posiadać tak ważne znaczenie. *Dr. Dobruchowski.*

VII. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

III.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Powyższy rzut oka na ogół miejscowości bez zaprzeczenia przedstawiających najgorszą sytuacyję zdrowotną, podaje mi możność zrobienia wzmianki o tych jeszcze punktach, które warunkami swego klimatu, rozwojem chorób zakaźnych, dżumą wybuchającą tu często po krótkich tylko przerwach, zasługują na szczególne uwzględnienie.

W kategoryi tego rodzaju okolic perskich zasługuje na wzmiankę prowincyja Azerbejdzan, gdzie miejscowości zwane Uzum-Dere, Sandży-Bułak, Detzi-Mansur posiadają wyjątkowo złe warunki zdrowotne, i gdzie właśnie w krótkim dziewięcioletnim okresie czasu sześć razy grasowała dżuma. Jestto okolica rozciągająca się na południe wybrzeży jeziora Ourun, bagnistych i poprzerzynanych licznemi strumieniami, które w porze większego zasobu wody zalewają całą okolicę tworząc obszerny łan, po opadnięciu wód przeobrażający się w trwałe bagniska. To samo dotyczy okolic Tebryzu, stolicy Azerbejdzanu, zawdzięczających także swój nieszczególny klimat licznym bagnom w pobliżu utworzonym opadem wód jeziora Ourun ku stronie wschodniéj, aż ku skłonom olbrzymiego pasma Sahend-Kuth. Również dolina rozciągająca się po nad wybrzeżami rzeki Karangu w kierunku jéj zachodnio-wschodnim i sięgająca na południe ku skłonom pasma Demirlu, a na wschód do wybrzeży rzeki Dżangatu jest sławną ze swych bagnisk têm się cechujących, że są zamknięte w kotlinie bardzo mało zaludnionéj z przyczyny panujących tu zabójczych malaryj. Wreszcie między południową granicą Azerbejdżanu i perskim Kurdystanem rozciągasię bardzo obszerna dolina tu i owdzie tylko zaznaczona wydatniéj falującą się powierzchnią, dzięki licznym rozgałęzieniom się rzeki Kyzył-Uzun, obfitująca w dominujący zasób wilgoci i obszerne łany bagnisk. Tutaj zamieszkuje ludność, należąca częścią do plemienia turkomańskiego, a częścią kurdzka, zwąca się szczepem Karrus, o któréj już wspomniałem mówiąc o przeniesieniu się tegorocznéj dżumy z téj okolicy do Mausurabadu. Cała też ta dolina wzbudza prawdziwą obawę w każdym zmuszonym do jéj przebycia, często też zdarzyło mi się słyszeć opowiadania, że podróżni i przewodnicy towarzyszący karawanom, przebywając zacytowaną dolinę, aby się przedostać do Tebryzu lub Kazwinu, wszyscy bez wyjątku ulegli zimnicy, nieraz wikłającéj się z bardzo groźnemi objawami. Doświadczył tego i Dr. Kastorsky, delegat sanitarny rosyjski, udający się z Kazwinu do Hanequine. Całe jego otoczenie, służba i dodani do eskorty wojskowi, przez przejazd tylko doliną, doznali wpływu fatalnego tutejszego klimatu.

Na wschód od Azerbejdżanu i po przebyciu olbrzymich pasm górskich Talisz i Elburz, przedostajemy się do prowincyi zwanéj Mazanderan, doliną rzeki Sefid-rud przedzielonéj od sąsiadującego z nią Gulanu, któratо nazwa w języku perskim wyraża kraj bagien. Prowincyje te z ich stolicami Reszt i Balferusz, ciągnące się wybrzeżem zachodnio-południowém Morza kaspijskiego, sławne są ze swych ogrodów owocowych, obszernych dębowych lasów, z uprawy najwyborniejszych gatunków ryżu, lecz w téj ich sławie przygnębionych warunkami zdrowotnemi gorszemi jeszcze niż gdziekolwiek indziéj w Persyi, prostém następstwem bardzo znacznego zasobu wilgoci, podtrzymywanéj tu niezliczonemi zbiornikami wód, a niemniéj téż wywołującéj rozkład gnilny istot organicznych, roślin i drzew pokrywających całe przestrzenie, stale prawie pod wodą pozostające. Tato właśnie okoliczność sprzyja tu rozwojowi zaduchów gnilnych i jest wiecznem źródłem chorób zakaźnych. Powierzchnia tych prowincyj nie jest wyniosłą; nieznacznie skłania się ku morzu i têm swém położeniem sprzyja bardzo stagnacyi wód. Klimat więc jest tu gorący i wilgotny. Zima są łagodne i śniegi spostrzegłem tylko na północnych szczytach górskich. W ciągu grudnia i stycznia panują tu wiatry z kierunkiem północnym i północno-wschodnim, napędzając w te strony chmury nadmorskie. Te ostatnie, zatrzymane w swym pędzie pasmem Elburz, przeobrażają się w ulewne deszcze, których ilość, powiększona jeszcze topnieniem śniegu, zalewa całe doliny. Podobne powodzie mają zwykle miejsce w lutym, okresie czasu, w którym panują tu także wiatry gorące, prawdziwe prądy pustyni. Reszt, stolica prowincyi, zbudowana na gruncie napływowym, łączy téż w sobie najgorsze warunki tak klimatyczne jak i meteorologiczne. Są tu części miasta, mianowicie tak zwane „Dżyrkucze“, gdzie się zlewa cała ilość nieczystości, pochodzących z ustępów i t. p. i zanieczyszczająca wodę licznych tu studni. Znaczna liczba cmentarzy (podług Dra Kuźmińskiego dochodząca do 30-tu) pogarsza jeszcze ogólnie złą sytuacyję. Przy cmentarzach to zwykle znajdują się studnie, z których bywa czerpaną woda do picia, mętna, niesmaczna i posiadająca woń bagienną. Po stronie wschodniéj miasta płynie rzeka Siab-Rudbar, mająca swe ujście w zatoce Euzeli. Jestto niegłęboki zbiornik wodny, którego łożysko wypełnia się i wznosi stale nanoszonemi warstwami mułu. W epoce deszczy lub powodzi cała okolica zamienia się w jednę obszerną przestrzeń bagnistą, ukrytą pod gęstym zarostem trzciny, i w porze cieplejszéj wydzielającéj szczególnie charakterystyczną woń. Wystarcza napić się podobnéj wody, ażeby natychmiast zapaść na ciężką i długotrwałą zimnicę. Ludność téż żyjąca w tak opłakanych warunkach jest tu dziesiątkowaną przez zakażenie charłacze, czerwonkę, dur, panujące tu nagminnie, do którychto stanów chorobowych wypada jeszcze dołączyć uprawę ryżu wyniszczającą siły mieszkańców o budowie ustrojowéj wątłéj i podejrzanéj. Wreszcie dżuma, zaznaczona jako epidemija w roku 1877, daléj następowe wybuchy zarazy, w stopniu wprawdzie łagodniejszym ale zdradzającym charakter nagminny, zmuszają do uważania Gulanu i Mazanderanu za ogniska, gdzie przyczyny sprzyjające rozwojowi chorób zakaźnych są trwałe.

A jednak cóż powabniejszego w Persyi nad ogrody Gulanu, z ich bujnym do podziwu kobiercem roślinnym i wonną szatą kwiatu pomarańczowego. Pojąc się ich widokiem, przebiegałem je z zajęciem, spotykając co chwila jakiś interesujący okaz roślinny, świetnie rozwinięty i jakby czekający tylko ręki znawcy, coby go wydobyła z pogardzonego siedliska i zużytkowała w terapii. Nie tylko jednak powabem ogrodów wynagrodziłem sobie moją wędrówkę. Bo oto zbierając okazy do mego zielnika, w nielicznych tu krzewach wawrzynu (*Laurus nobilis L.*) udało mi się odszukać jednę cechującą odmianę, któréj téż i nadałem nazwę *Laurus Reh-*

mani J. Imię to cenione, a dla mnie wyłącznie drogie, odbiło się w cieniu dalekich lasów Gulanu, gdy oko obcego wędrowca nurtowało ich tajemnicę, a myśl jak zwykle biegła do kraju, do swoich!

Miejscowościami, gdzie powabne krajobrazy zdają się wskazywać lepsze warunki klimatyczne, lecz gdzie sami mieszkańcy zacierają czy niszczą ich jakość, są prowincyje perskiego Kurdystanu i Lurystanu. Szczodra natura ustroiła tu całe okolice we wspaniałe łańcuchy wzgórz, zaopatrzyła je w liczne zbiorniki wody czystéj i orzeźwiającéj, okryła skłony górskie pięknym i produkcyjnym drzewnym zarostem, z bardzo urozmaiconym podkrzewiem roślin jednorocznych, słowem przygotowała niejako całe te przestrzenie dla ludności umiejącéj ocenić i korzystać z jéj darów. Korzystano téż w okresie, gdy prowincyja ta nosiła nazwę „Elymaidy“, gdy w stolicy Suzie jednoczył się przemysł i handel okoliczny. Dziś jednak mieszkańcy tych okolic zdają się tylko walczyć o pierwszeństwo z właściwymi Medami, aby swoją przysłowiową niechlujnością zmienić wyborne warunki klimatyczne na gorsze. Prowadząc życie koczujące, mieszkając przeważnie pod namiotami lub w tak zwanych „Czardakach“, złożonych z trzcinowych rogózek, plemiona kurdzkie, gdzie się tylko ustalą ze swém mieniem, tam natychmiast i bezwarunkowo wytworzą ognisko zakaźne. Po pewnym przeciągu czasu przenosząc się w inną okolicę, ciągną z sobą swych chorych, prą naprzód osłabione trzody i te ich wędrówki i przystanki zaznaczają na każdym punkcie gnojowiskami, tuż przy namiotach upadłemi i gnijącemi ciałami zwierząt, a nieraz i licznemi grobowcami! Po ustąpieniu jednego z plemion, na to samo miejsce przybywa inne, swoim pobytem znowu powiększa sterty nieczystości, które już dla nowych przybyszów stają się często zabójczemi. Rodzaj żywności, jaką się karmią, niedostateczna jéj ilość, wyroby z nabiału zwykle najgorszéj jakości, jadanie mięsa ze zwierząt chorowitych, podnoszą jeszcze wpływy niechlujności i moralnéj nędzy mieszkańców. To téż obie te prowincyje są zwykłą sceną, gdzie się szerzą choroby zakaźne, już to rozwijające się na miejscu, lub téż przywleczone drogą stosunków plemion jednéj prowincyi z sąsiadami znajdującemi się w nielepszych warunkach klimatycznych. I podobne sąsiedztwo jak Lurystanu z okolicami Szusteru i Dyzfulu, z plemieniem arabskiém Mohamet żyjącém w bagnach i kochającém się niejako w tym bycie, podtrzymując najgorsze warunki zdrowotne, jest stałą przyczyną wzajemnego komunikowania sobie chorób zakaźnych i dzielenia się nędzą, będącą następstwem dziedzicznego próżniactwa, i wytrwałością w zadowoleniu się wprawdzie okruszyną, lecz na nieszczęście brudną i niezdrową!

Daléj na wschód i nad północném wybrzeżem zatoki perskiéj plemiona rozsiadłe na przestrzeni perskiego Arabistanu są oddzielone od Khorosanu i dawnéj stolicy państwa poważném i olbrzymiém pasmem wzgórz zwanem Gillnye-Kuth. Aż do jego skłonów cała masa osiadléj tu ludności sama sobie wytwarza nieodpowiednie warunki zdrowotne, podczas gdy ku granicom Afganistanu i Meszedowi, prócz wpływów atmosferycznych i większego stopnia ciepłoty, fanatyzm religijny stwarza warunki zdrowotne, podobne do tych, które pielgrzymi muzułmańscy stwarzają w okolicach Meki, a których wpływem stara nasza Europa nieraz była zagrożoną. W Khorosanie téż groźne choroby zakaźne, a w ich liczbie dżuma, z charakterem endemo-epidemicznym, zaznaczała okres czasu od 1877-81, o któréj przebiegu pierwszy Dr. T o l o z a n podał dokładną wiadomość (na posiedzeniu Akademii lekarskiej w Paryżu 16 stycznia 1882 r.), wzywając rządy do przesięwzięcia najenergiczniejszych środków ku polepszeniu stanu zdrowotnego téj prowincyi. Rządy dawno już odpowiedziały temu wezwaniu, lecz na nieszczęście tylko na drodze dyplomatycznéj. A wiadomo przecież, że ten sposób pośrednictwa jeżeli nie bywa poparty stosowną ilością bagnetów, pozostaje martwą tylko literą, bo piękny styl not w niczém nie zmiejsza corocznéj śmiertelności setek biedaków, których zaufanie w potężną pomoc imama Ryzy, przypędza do Koroszanu z najbardziéj odległych prowincyj wschodu muzułmańskiego.

Dla uzupełnienia przeglądu sanitarnego prowincyj perskich konieczną jest jeszcze wzmianka, wykazująca warunki zdrowotne niektórych miast. W ogóle już wiemy, że tak miasta jak i znaczna liczba osad wiejskich jest tu zaludniona mieszkańcami najzupełniéj obojętnymi na to wszystko, co dotyczy higieny, nieposiadających środków koniecznych dla zaprowadzenia pożądanych reform. Na polepszenie zaś stosunków zdrowotnych nie wpływa nawet ześrodkowanie w pewnych punktach władzy i urzędników autokraty perskiego, synów lub krewnych, dbałych wprawdzie o nadanie uderzającego powabu swym rezydencyjom, ale wcale niedbających ani o ogólny stan sanitarny rządzonéj prowincyi, ani téż o usunięcie najbardziéj znanych ognisk złego. Do takich to punktów należy przed innemi miasto Reszt, któremu nie ustępuje i stolica kraju, gdzie wprawdzie rozszerzono kilka ulic, przeprowadzono rodzaj kanalizacyj systemu czysto swojskiego, lecz nie pospieszono się usunąć pewnych dzielnic, gdzie uboga klasa ludności żyje w brudach i nieochędostwie, niespotykanych gdzieindziéj. Do pogorszenia klimatu okolic stolicy przyczynia się jeszcze i wpływ bagnisk zwanych „Zareng“, rozciągających się na południe miasta i utworzonych wylewami rzeki Karedży. Dochodzą one aż do miasteczka Meskinabad, utrzymując w całéj okolicy warunki zdrowotne, pozostawiające wiele do życzenia.

Z Teheranem ubiega się o lepsze Meszed, z tym Kaszan i Kon. Stara a właściwie pierwsza stolica Persyi Ispahan, dzięki postępowym skłonnościom syna Szacha Zule-Sułtana, choć powolnie, polepsza jednak swą sytuacyję sanitarną, która do pewnego stopnia zdoła odpowiedzieć wymaganiom, jeżeli pobyt rozsądnego wielkorządcy przedłuży się tam czas jakiś. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 21—27 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31.1. Z odry umarło 0 (1 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.); z duru plamistego 1 (1 z. t.); z róży 0 (1 z. t.); z gruźlicy 9 (11 z. t.); z zapalenia płuc 9 (6 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku płonicy i 1 przypadku duru brzusznego. W tygodniu od 14—20 lutego umarło z ospy: w Wiedniu 9, w Budapeszcie 8. w Pradze 3, w Rzymie 9, w Wenecyi 3, w Zurychu 3, w Paryżu 13. Z duru brzusznego umarło: w Warszawie 7, w Hamburgu 5, w Paryżu 15, w Londynie 11, w Petersburgu 18. Z odry umarło: w Budapeszcie 23, w Rzymie 12, w Paryżu 17. w Londynie 25, w Amsterdamie 10, w Petersburgu 19. Z płonicy umarło w Petersburgu 26. Z błonicy umarło w Warszawie 12, w Berlinie 31, w Hamburgu 9, w Wiedniu 21, w Paryżu 35, w Londynie 31, w Petersburgu 18. Z krztuśca umarło w Londynie 14,0, w Dublinie 16. Cholera pojawiła się od 6—17 lutego w Termo i Padwie (3 przypadki); w Donarnenez umarła 1 osoba z cholery, a do 11 lutego było 9 chorych na cholerę.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 14—20 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,4; w Brodach 47,9; w Drohobyczu 55,2; w Kołomyi 26,9; w Przemyślu 31,3; w Stanisławowie 43,1; w Tarnowie 3[illegible],1; w Czerniowcach 32,7; w Opawie 41,9; w Warszawie 31,9; w Poznaniu 23,7; w Wiedniu 34,5; w Salcburgu 19,2; w Gracu 36,5; w Tryjeście 37,0; w Insbruku 41,7; w Pradze 44,9; w Bernie 34,8; w Ołomuńcu 32,5; w Budapeszcie 36,7; w Berlinie 27,7; w Gdańsku 27,5; w Mnichowie 32,0; w Hamburgu 25,3; w Strasburgu 27,9; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 23,5; w Amsterdamie 28,2; w Bazylei 16,9; w Bru kseli 27,4; w Chrystyjanii 16,3; w Genewie 25,2; w Kopenhadze 18,4; w Londynie 25,6; w Odesie 32,4; w Paryżu 28,7; w Petersburgu 35,3; w Rzymie 33,6; w Stokholmie 19,7; w Wenecyi 27,9; w Zurychu 31,4. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 marca. W sprawie sądowéj znaimskiéj, o któréj niedawno wspomnieliśmy, mieliśmy sposobność poinformowania się w Wiedniu u źródła najkompetentniejszego i nabraliśmy przekonania, że w przypadku tym Sąd istotnie miał do czynienia z symulacyją świeżego złamania żeber, i że miejscowi lekarze sądowi wyzyskani zostali przez wprawnego symulanta. Orzeczenia Wydziału lek. wiedeńskiego zapadły jednomyślnością głosów, a sprawozdawca prof. Kundrat najniesłuszniéj był narażony na obelgi ze strony obrońców. Zdarzenie to atoli da pochop do pewnych reform, o których myślą w Ministerstwie sprawiedliwości, a do których należeć także będzie zmiana nieszczęsnéj taryfy, zmiany, do któréj Władze nie przystąpią bez radzenia się kompetentnych znawców.

* Dowiadujemy się, że Walne Zgromadzenie Tow. lekarzy galicyjskich, które odbyło się d. 20 lutego, zastanawiało się także nad taryfą sądowolekarską i uchwaliło wystosować petycyję do Rady państwa, a do zbierania podpisów upoważniło lekarza powiatowego w Rzeszowie, Dra Barzyckiego.

* W Nrze 5 *Przeglądu Rzeszowskiego* z d. 7 bm. znajdujemy artykuł p. t. „O stosunkach zdrowotnych w powiecie rzeszowskim w r. 1885“ napisany przez Dra Barzyckiego. W artykule tym mieści się obraz statystyczny stosunków lekarskich i higijenicznych powiatu, osnuty na podstawie cyfr urzędowych.

* Otrzymaliśmy sprawozdanie z XIX jeneralnego posiedzenia Towarzystwa lekarzy bukowińskich w Czerniowcach za r. 1885, w którém obok przemówienia prezesa Dra Załozieckiego znajdujemy bilans wydatków i dochodów oraz wspomnienie pośmiertne o członku Tow. Drze Karolu Kasprzyckim, zmarłym śród pełnienia obowiązków lekarskich z duru wysypkowego.

* **Wiedeń.** Księżna Metternichowa zajmuje się zbieraniem składek, celem wysłania jednego z lekarzy polikliniki do Paryża, aby zapoznał się ze sposobem Pasteura szczepienia ochronnego przeciw wściekliźnie. Lekarzem, mającym się udać niezadługo do Paryża, jest prof. Frisch.

* **Paryż.** Drugi Zjazd chirurgów francuskich odbędzie się od 18—24 października.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Moskwa.** Docent Dr. Pawlinow mianowany został nadzw. prof. kliniki lekarskiéj. — **Nancy.** Dr. Garnier mianowany został prof. chemii lek. i toksykologii.

* **Nekrologija.** W Stutgardzie umarł Dr. J. Gutbrod, przyjaciel Škody, znany z teoryi swéj o uderzeniu serca.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 10: Jakowskiego: Grzybki chorobotwórcze (c. d.); Stypińskiego: Przyczynek do nauki o drgawkach porodowych (c. d.); Biegańskiego: Jeszcze w sprawie zapalenia płuc nieżytowego i śródmiąższowego. — W *Medycynie* Nr. 10: Majkowskiego: O zasadach, metodach i środkach leczenia chorób skórnych i wenerycznych, używanych obecnie w klinikach wiedeńskich. — W *Zdrowiu* Nr. 6: Wicherkiewicza: Kolonija wakacyjna w Poznaniu; Łuczkiewicza: Cieplice węgierskie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 17 bm. o godzinie 6téj w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) odbędzie się dyskusyja nad przypadkiem przedstawionym z oddziału prof. Obalińskiego, 2) następnie odbędzie się dalszy ciąg dyskusyi nad wnioskiem prof. Korczyńskiego i Gluzińskiego, wreszcie 3) kol. Pieniążek mówić będzie o postępowaniu w obec zwężeń po tracheotomii w przebiegu krupu.

Komisyja balneologiczna Tow. lekarskiego krakowskiego odbędzie w poniedziałek d. 15 marca r. b. o godzinie 5éj po południu w sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém prof. Dr. Olszewski mówić będzie o oznaczeniu ilości żelaza w wodzie żegiestowskiéj nowym sposobem do flaszek nalewanéj, oraz poda porównanie téjże z innemi wodami żelezistemi. Dr. Trochanowski poda wiadomość o składzie chemicznym wody iwonickiéj ze zdroju Heleny i o soli iwonickiéj. Wreszcie wniesionemi zostaną ważne sprawy administracyjne, dla których jak najliczniejsze zebranie się członków jest pożądaném, i dokonanym zostanie wybór Zarządu Komisyi na następne trzy lata.

Redakcyja otrzymała:

Sbornik Lékařský, zeszyt 2gi. Praga czeska, 1886. Zeszyt ten mieści w sobie prace Reinsberga, Rubeški, Kabrhela i Obrzuta.

Dr. J. OBRZUT: Přispěvek k nauce o buňkách obrovských. (Odbitka z powyższego czasopisma z 2 tabl. litogr.).

Piśmiennictwo lekarskie. CORNIL et BRAULT, Etudes sur la pathologie du rein, Av. 16 pl. 8 Paris, Alcan. Fr. 12.

FLÜCKIGER F. A. Grundriss der Pharmakognosie. gr. 8 Berlin, Gaertner M. 6 — M. 7.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 61.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę Asystenta przy katedrze Anatomii opisowéj, począwszy od dnia 1 kwietnia r. b.

Ubiegający się o tę posadę zechcą wnieść podania swe na ręce podpisanego dziekana aż do d. 21 marca r. b.

Kraków d. 27 lutego 1886 r.

Prof. Dr. Blumenstok.

L. 62.

KONKURS.

Wydział lekarski ogłasza niniejszém konkurs na 3 stypendyja z fundacyi śp. Józefa Dąbkowskiego, każde po 177 złr. 93 ct.

O dwa z tych stypendyjów ubiegać się mogą uczniowie Uniwersytetu Jagiellońskiego kończący w tymże Uniwersytecie studyja farmaceutyczne i przystępujący do egzaminów, katolicy, Polacy, urodzeni w Krakowie; o trzecie zaś stypendyjum również uczniowie Uniwersytetu Jagiell. w tymże Uniwersytecie studyja lekarskie kończący i przystępujący do egzaminów, katolicy, Polacy, urodzeni w Krakowie.

Podania w myśl powyższych warunków należycie uzasadnione wnosić należy do Wydziału lekarskiego na ręce podpisanego najpóźniéj do dnia 25 marca 1886 r.

Kraków dnia 27 Lutego 1886.

Prof. Dr. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.